

Tartu Ülikool  
Sotsiaalteaduste valdkond  
Psühholoogia instituut

Siim Jakobsoo

PSÜHHOOSIRISKI HINDAVATE MÕÕDIKUTE  
ADAPTEERIMINE EESTI OLUDELE

Magistritöö

Juhendajad: Liina Haring

Karin Täht

Martin Kolnes

Tartu, 2017

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVATE MÕÕDIKUTE ADAPTEERIMINE EESTI OLUDELE

### Kokkuvõte

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli adapteerida eesti keelde ja kultuuriruumi psühhoosiriski hindavad mõõdikud, ERIraos Intervjuu (*ERIraos Interview*; „*Early Recognition Inventory based on IRAOS*“; Häfner *et al.*, 2004) ja ERIraos Küsimustik (*ERIraos Checklist*; Häfner *et al.*, 2004). Uurimuses osales 145 inimest, kellest 123 olid täiskasvanud ja 22 alaealised. Statistilistest analüüsides tehti: ICC (*intraclass correlation coefficient*) reliaablusanalüüs, Friedmani test ning korrelatsioonianalüüs. Selgus, et ERIraos Intervjuu intervjuerijatevaheline hinnangute kokkulangevus on väga kõrge ( $ICC > 0.75$ ;  $p < 0.001$ ). Samuti on ERIraos Intervjuu üldskoor ning jälgitavate tunnuste üldskoor tugevalt statistiliselt oluliselt ( $r > 0.65$ ,  $p < 0.01$ ) korreleeritud vastavate psühhopatoloogia skaaladega nii täiskasvanute kui ka alaealiste valimil. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku üldskooride ja mõõdikute põhiste kategoriaalsete riskihinnangute vahel esines samuti tugev ja statistiliselt oluline positiivne seos (üldskooride vahel  $r > 0.70$ ,  $p < 0.001$ ; gruppide vahel  $r > 0.50$ ,  $p < 0.05$ ) mõlema alavalimi puhul. Seega saame väita, et eesti keelde tõlgitud psühhoosiriski hindavad mõõdikud ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustik on väga heade valiidsuse ja reliaabluse näitajatega.

Märksõnad: psühhoosirisk, ERIraos, adapteerimine

## ADAPTATION OF THE PSYCHOSIS RISK ASSESMENT INSTRUMENTS INTO ESTONIAN CONDITIONS

### Abstract

The goal of the present study was to adapt the Estonian version of ER Iraos Interview (Early Recognition Inventory based on IRAOS; Häfner *et al.*, 2004) and ER Iraos Checklist (Häfner *et al.*, 2004) which assess the at-risk mental state usually present before psychosis. One hundred-forty-five people participated in this study, out of them 123 were adults and 22 adolescents. The data were assessed with ICC (intraclass correlation coefficient) reliability analysis, Friedman test and correlation analysis. According to the results ER Iraos Interview scores had a very strong inter-rater reliability ( $ICC > 0.75$ ;  $p < 0.001$ ). Also, ER Iraos Interview composite scores and observational symptoms composite scores had very strong and statistically significant correlations ( $r > 0.65$ ,  $p < 0.01$ ) with the respective composite scores of the psychopathology measurement instruments on the general sample and on the subsamples of adults and adolescents. There was a very strong and statistically significant correlation between the composite scores of ER Iraos Checklist and ER Iraos Interview ( $r > 0.70$ ,  $p < 0.001$ ) and between the groups made on the basis of the results ( $r > 0.5$ ,  $p < 0.05$ ) on both subsamples. In conclusion, Estonian version of ER Iraos Interview and ER Iraos Checklist have very good reliability and validity indicators.

Keywords: at-risk mental state, ER Iraos, adaptation

## 1. Sissejuhatus

Psühhootilistesse häiretesse haigestunud inimestele on viimastel aastatel võimalik pakkuda üha paremat ravi, kuid siiski esineb tihti nende korduvat hospitaliseerimist (Larson, Walker, & Compton, 2010). Selleks, et psühhootiliste häiretega kaasnevat funktsionaalset defitsiiti vähendada on lisaks juba psühhootilisse häiresse haigestunud inimeste raviga samaaegselt ülimalt tähtis tegeleda ka antud häiresse haigestumise ennetamisega (Martínez, Blanqué, Codina, & Montoro, 2011). Psühhootilised häired arenevad tihtipeale järk-järgult, seega esineb neil eelnevalt prodromaalperiood (Häfner *et al.*, 2004; Yung & McGorry, 1996), mis annab võimaluse antud perioodis olevatele inimestele ka abi pakkuda (Häfner & Maurer, 2006). Varajase sekkumise eelduseks on aga varajane psühhooosi prodromaalperioodis olevate inimeste identifitseerimine ja psühhootilise häire suhtes riski hindamine nii varakult kui võimalik (Yung & McGorry, 1996).

Antud magistritöö eesmärgiks on adapteerida psühhootilise häire tekkimise riskitaset hindavad mõõdikud (ERIraos Intervjuu, ERIraos Küsimustik) eesti keelde ja kultuuriruumi. Magistritöö on jätk 2015. aastal tehtud seminaritööle (Jakobsoo, Haring, & Täht, 2015), mille raames viidi läbi antud mõõdikute adapteerimise pilootprojekt. Töö on osa suuremast teadusprojektist, mille raames hinnatakse lisaks samal valimil osalejate kognitiivset võimekust, võetakse vereproove kõrgeenenud psühhooosiriskiga seonduvate bioloogiliste markerite olemasolu tuvastamiseks ning hinnatakse veel mitme mõõdikuga uuringus osalejate vaimse tervisega seotud sümptomaatikat.

Antud uurimuses osalejad täitsid skriiningskaala ERIraos Küsimustiku („*Checklist of ERIraos*“; Häfner *et al.*, 2004), nendega viidi läbi ka psühhootilise häire avaldumise riskitaset hindav intervjuu ehk ERIraos Intervjuu ("*Early Recognition Inventory based on IRAOS (ERIraos)*"; Häfner *et al.*, 2004). Lisaks hinnati intervjuu käigus jälgitavaid haigustunnuseid, täideti demograafilisi andmeid kaardistav pakett ning psühhopatoloogia esinemismäära hindavad mõõdikud SAPS ("*Scale for the assessment of positive symptoms*"; Andreasen, 1984) ja SANS ("*Scale for the assessment of negative symptoms*"; Andreasen, 1989). Kõik mõõdikud olid eelnevalt nende algautorite loal eesti keelde tõlgitud.

Autori panus antud magistritöö valmimisel oli osade uuritavate leidmine, osaline teadusprojektis kasutatavate mõõdikutega andmete kogumine, töö andmebaasidega teadusliku kirjanduse otsimiseks, andmete töötlus ja analüüs ning magistritöö kirjutamine.

## 2. Teoreetiline ülevaade

### Prodromaalperioodi olemus

Enamik esmasesse psühhootilisse episoodi haigestunud inimestest on väga noored, keskmiselt varajastes 20-ndates aastates (Kessler *et al.*, 2007). Wilhelm Griesinger rääkis küll juba 1861. aastal võimalikust psühhooisile eelnevast perioodist (Murray, Jones, Susser, Os, & Cannon, 2002), kuid põhjalikum uurimistöö on antud valdkonnas läbi viidud siiski viimasel kolmel dekaadil. Antud perioodi nimetamine sõltub suuresti selle uurimise meetodist. Prospektiivsete hinnangute korral kasutatakse tihti terminit „kõrgenenud psühhooisrisk“, kuna sel juhul pole haigestumine veel kindel; retrospektiivsete hinnangute korral on kasutusel pigem „prodromaalperiood“, mis väljendab juba psühhootilisse häiresse haigestunud inimestel haigusele eelneva seisundi uurimist (King, Laplante, & Jooper, 2005). Kõrgenenud psühhooisriskile on erinevate töögruppide poolt antud mitmeid definitsioone, peamiselt ARMS (*At Risk Mental State*), UHR (*Ultra High Risk*) või CHR (*Clinical High Risk*), kuid üleüldiselt viitavad need käsitlused seisundile, kus esinevad alalävised psühhootilised sümptomid, kognitiivsed ja neurobioloogilised muutused ja märkimisväärsed psühhosotsiaalse funktsioneerimise puudujäägid (Fusar-Poli, Byrne, Badger, Valmaggia, & McGuire, 2013).

Retrospektiivsed uuringud on näidanud, et psühhootilisele häirele eelnevad ehk haiguse prodromaalperioodile iseloomulikud sümptomid võivad ilmneda juba keskmiselt 4,5 aastat enne esmase psühhooisiepisoodi tekkimist (Häfner *et al.*, 1992). Leitud on, et umbes 3/4-l skisofreeniahaigetest on esinenud vähemalt ühe aasta pikkune prodromaalperiood enne esmast psühhooisiepisoodi (Maurer, Zink, Rausch, & Häfner, 2016), vaid 1/5-l haigetest on esmasel psühhootilisele episoodile eelnenud prodromaalperiood olnud lühem kui 4 nädalat (Häfner *et al.*, 2004).

### Prodromaalperioodi jaotus ja selle ajal esinev sümptomaatika

Antud uuringus jaotatakse psühhooisiepisoodi prodromaalperiood kaheks: varajaseks (EPS, *early prodromal state*) ja hiliseks prodromaalperioodiks (LPS, *late prodromal state*), vastava jaotuse aluseks on sümptomaatikas ilmnev erinevus (Ruhrmann *et al.*, 2007). Neist esimeses on peamiselt BAAS (baasilised sümptomid, *cognitive basic symptoms*) sümptomid (Heinz Häfner *et al.*, 2004), teises võivad esineda nii BAAS, APS (nõrgalt väljendunud psühhootilised sümptomid, *attenuated psychotic symptoms*), kui ka BLIPS (lühiaegsed, hootiselt esinevad

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

iselimeeruvad psühhootilised sümptomid, *brief limited intermittent psychotic symptoms*) sümptomid (McGorry *et al.*, 2002; Rausch *et al.*, 2013).

BAAS sümptomid on subkliinilised subjektiivselt tajutud häired valdkondades, nagu tajus, mõtlemine, keelekasutus, motivatsioon, stressitaluvus ja tähelepanu (Fusar-Poli *et al.*, 2013); näiteks minevikuga seotud mõtete püsiv kordumine, retseptiivse kõne häired, mõttekäigu kiirenemine, derealisatsioon ja depersonalisatsioon. APS sümptomid on ilmingud, mis kalduvad kõrvale normaalsusest, kuid ei ole psühhootilised, näiteks ülekaalukad mõtted, et inimesed naeravad subjekti üle või on tema suhtes vaenulikud; samas saab subjekt aru, et taolised mõtted ei vasta tegelikkusele (Yung, Phillips, Yuen, & McGorry, 2004). APS sümptomeid võib psühhootilistest sümptomitest eristada (a) sümptomi raskusastme alalävisus (intensiivsus madalam kui psühhootiliste sümptomite korral) või (b) sümptomi sageduse alalävisus (raskus sarnane psühhootilistele sümptomitele, kuid esineb ebajärjepidevalt) (Fusar-Poli, Carpenter, Woods, & McGlashan, 2014). BLIPS sümptomid on lühiajaliselt esinevad psühhootilised sümptomid, mis kestavad alla kümne päeva, võivad esineda korduvalt, on esinenud vähemalt ühe nädalane psühhootiliste sümptomite vaba periood kahe BLIPS-episoodi vahel ja mille esinemise järel toimub spontaanne remissioon (Häfner & Maurer, 2006); näiteks kuulmis-, nägemis- ja kehatundehallutsinatsioonid, tähendusluulumõtted, mõtete lugemine ja suurusluul.

Psühhooosi prodromaalperioodil esineb ka psühhootilisele häirele mittespetsiifilisi ilminguid, näiteks ärevus ja depressioon, mis võib perioodi alguses muuta keeruliseks diferentsiaaldiagnostika (Salokangas *et al.*, 2012). Mittespetsiifiliste sümptomite hindamine on psühhooosi prodromaalperioodi uurimisel siiski ülimalt oluline, kuna sellele perioodile iseloomulike sümptomite esinemine koos ärevuse või depressiooniga võib olla märgiks seisundi raskusest ning halvemast raviprognosist (Wigman *et al.*, 2012).

Nõrgalt väljendunud psühhootiline sündroom (*Attenuated Psychosis Syndrome*) lisati esmakordselt DSM-5 III lisasse (seisundid, mis vajavad veel edasist uurimist) ning selle diagnostilisteks kriteeriumiteks on nõrgalt väljendunud luulumõtete, hallutsinatsioonide või desorganiseeritud kõne esinemine vähemalt korra nädalas viimase kuu jooksul, mida ei seleta ära ükski teine diagnoos ning mille esinemine ei ole piisavalt raskekujuline, et patsient täidaks psühhootilise episoodi diagnostilisi kriteeriume. Samuti peab olema viimase aasta jooksul toimunud sümptomite algus või raskenemine ning tekkinud probleemid on patsiendile või tema hooldajale piisavalt stressitekitavad, et otsida abi. (American Psychiatric Association, 2013)

## Laste ja noorte valimi erilisus

Ligikaudu 10-15% kõikidest psühhootilistest häiretest on varajase algusega (EOP, *Early Onset Psychosis*) alates enne 18. eluaastat ja 1-3% on väga varajase algusega (VEOP, *Very Early Onset Psychosis*) algusega enne 13. eluaastat (Schimmelmann, Walger, & Schultze-Lutter, 2013). Väga paljud haigestuvad psühhootilisse häiretesse oma varajastes 20-ndates aastates, seega nende haiguse prodromaalperiood algas juba nende noorukieas (Amminger *et al.*, 2006).

Enamik BAAS sümptomeid sobib hinnata alates 8. eluaastastel lastel, kuna sellest vanusest alates peaks laps suutma arvesse võtta kogemusi ja suhteid erinevatest vaatepunktidest lähtudes (Schimmelmann *et al.*, 2013). Antud oskus on vajalik selleks, et lapsel areneks eneserefleksiooni võime, mis võimaldab tal märgata BAAS sümptomeid kui tema enda poolt tajutavaid muutusi igapäevaelus (Schultze-Lutter, Ruhrmann, Fusar-Poli, Bechdolf, & Schimmelmann, 2012). 13. eluaastaks on lastel arenenud ka kõrgema tasemelised metakognitiivsed protsessid, mis võimaldavad hinnata teatud BAAS sümptomeid, näiteks mõtete blokeerimine, muutused abstraktses mõtlemises või depersonalisatsioon (Schultze-Lutter *et al.*, 2012). Seega, antud uurimuses osalevad alaealised peaksid olema suutlikud enesekohaselt hinnata, kas neil esineb BAAS sümptomeid.

Teatud alaealistel esinevaid psühhootilisi sümptomeid võib pidada ka atüüpilisteks (ehk psühhootilisteks kogemusteks), kuna nende puhul esineb kõrgeenenud remissiooni tase ja madal ennustusjõud hilisema psühhootilise häire suhtes (Bartels-Velthuis, Jenner, Van De Willige, Van Os, & Wiersma, 2010; Hlastala & McClellan, 2005). Bartels-Velthuis *et al.* (2010) leidsid näiteks, 3870-st uuritud 7-8aastasest lapsest esinesid auditoorsed hallutsinatsioonid 9%-l, 5 aastat hiljem toimunud korduvuurimisel (337 last) säilisid auditoorsed hallutsinatsioonid 24%-l lastest, kel olid need ka esmasel uurimisel ja 9%-l olid tekkinud antud sümptomid vahepealse aja jooksul. Hlastala & McClellan (2005) käsitlesid noortel esinevaid psühhootilisi sümptomeid atüüpilistena kui need olid lühiajalised, olemuselt atüüpilised (näiteks väga detailsed või minevikus üle elatud traumaga seotud) või sisuspetsiifilised (näiteks esinesid vaid siis, kui alaealine oli vihane). Samuti käsitlesid Hlastala & McClellan (2005) atüüpilistena sümptomeid, mille tahtlikul võimendamisel võisid noored saada isiklikku kasu (näiteks kaastunne). Kelleher *et al.* (2012) metaanalüüsi põhjal on 13-18aastaste noorte seas kergelt väljendunud psühhootiliste sümptomite levimus 7.5%, kuid täiskasvanutel on taoliste sümptomite ja vanuse vahel juba negatiivne korrelatsioon (Rietdijk *et al.*, 2014), mis näitab, et vanuse kasvades muutuvad psühhootilised sümptomid rohkem psühhootiliste häirete spetsiifiliseks (Kelleher *et*

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

*al.*, 2012). Seega alaealiste korral on psühhoosi prodromaalperioodile iseloomulike sümptomite hindamine keerulisem kui täiskasvanutega ning ei ole selge, kas alaealistel esinevad atüüpilised psühhootilised sümptomid ennustavad psühhootilisse häiresse haigestumist ning mille alusel peaks neid APS ja BLIPS sümptomitest eristama (Schimmelmann *et al.*, 2013).

Käesolevalt ei ole selge, kas kõrgenenud psühhoosiriski kriteeriumid kehtivad ka alaealistele: (a) mis vanusest alates suudavad alaealised anda valiidselt infot asjakohaste sümptomite kohta, (b) millal ja kas kaasata vanemate hinnanguid ning (c) kuidas peaks toimuma diferentsiaaldiagnostika alaealistel esinevate häiretest (nt autismi spektri häired) (Schimmelmann & Schultze-Lutter, 2012). Alaealistele ei ole üldjoontes loodud eraldiseisvaid mõõdikuid kõrgenenud psühhoosiriski hindamiseks, vaid nad on kaasatud täiskasvanutega ühistesse uuringutesse (Schimmelmann & Schultze-Lutter, 2012), seega võib arvata, et vähemalt enne spetsiifiliste mõõdikute loomist alaealistele on taoline tegevus õigustatud ka antud magistritöö raames.

### **Prodromaalperioodi hindavad mõõdikud ning nende sensitiivsus ja spetsiifilisus**

Kõrgenenud psühhoosiriski hindamine teadustöodes hõlmab kahte domineerivat lähenemist: ARMS (*At-risk Mental State*) ja BAAS (*Basic Symptoms*) (Fusar-Poli *et al.*, 2014). ARMS lähenemine on kõige laiemalt kasutatav, selle raames käsitletakse kõrgenenud psühhoosiriskina olukordi, kus isikutel esineb: (a) APS ja/või (b) BLIPS sümptomid ja/või (c) geneetiline risk ning samaaegne psühhosotsiaalse funktsioneerimise halvenemine. 90% uuritavate kategoriseerimine ARMS kriteeriumitele vastavaks toimub APS sümptomite põhjal (Fusar-Poli *et al.*, 2013). ARMS kriteeriumite hindamiseks kasutatakse peamiselt kolme poolstruktureeritud intervjuud: Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS; Yung, Yuen, Phillips, Francey, & McGorry, 2005), Structured Interview for Prodromal Syndromes (SIPS) ja Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) (Miller *et al.*, 2003) ning Basel Screening Instrument for Psychosis (Riecher-Rössler *et al.*, 2008). ARMS konstrukti mõõdab APS ja BLIPS sümptomeid, mis on iseloomulikud ennekõike hilisele prodromaalperioodile (Olsen & Rosenbaum, 2006). BAAS konstrukti kasutatakse vähem, selle puhul hinnatakse BAAS sümptomite esinemist (Fusar-Poli *et al.*, 2014) enamasti mõõdikutega Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (Vollmer-Larsen, Handest, & Parnas, 2007) ja Schizophrenia Proneness Instrument (Schultze-Lutter, Addington, Ruhrmann, Klosterkötter, 2007). BAAS konstrukti seostatakse võrreldes ARMS-ga varasema prodromaalperioodiga (Fusar-Poli *et al.*, 2013). Võttes arvesse, et ARMS ja BAAS kriteeriumid täiendavad teineteist



## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

kliiniliste omaduste poolest, on üha levinum üheaegselt mõlemate kriteeriumite arvesse võtmine psühhootilise häire suhtes riski hindamisel (Fusar-Poli *et al.*, 2013). ERIraos Intervjuu annabki võimaluse hinnata korraga mõlemat lähenemist ja hindab seetõttu psühhooosi prodromaalperioodi mitmetasandiliselt (varajane ja hiline prodromaalperiood) pikema perioodi jooksul (Olsen & Rosenbaum, 2006; Rausch *et al.*, 2013).

ERIraos Intervjuu loomiseks kasutati materjali kolmest allikast: IRAOS (*Instrument for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia*) mõõdiku loomiseks kasutatud ABC skisofreenia uuringut (*ABC Schizophrenia Study*; Häfner, Maurer, & An Der Heiden, 2013), CAARMS mõõdiku loomiseks kasutatud uuringuid (Yung *et al.*, 2005) ning BAAS sümptomite uurimiseks läbiviidud CER uuringut (*CER Study*; Klosterkötter, Hellmich, Steinmeyer, & Schulze-Lutter, 2001). ABC skisofreenia uuringus (Häfner *et al.*, 2013) leiti alustuseks 240 sümptomit erinevatest sel hetkel olemasolevatest mõõdikutest. Edasi valiti nendest omakorda psühhiaatrite hinnangute ning mitme retrospektiivse esmase psühhooosiepisoodiga patsiente hõlmava uuringu tulemuste põhjal 65 psühhooosi prodromaalperioodile kõige iseloomulikumat mittespetsiifilist, negatiivset, afektiivset ja positiivset sümptomit ning sotsiaalset funktsioneerimist ja käitumuslikke muutusi väljendavat indikaatorit. Yung *et al.* (2005) uurisid, kuidas APS ja BLIPS sümptomite kasutamine kõrgeenenud psühhooosiriski hindamisel aitab ennustada haigestumist psühhootilisse episoodi ning leidsid, et 40,8% kõrgeenenud psühhooosiriskiga inimestest haigestus psühhootilisse häiresse. CER uuringus (Klosterkötter *et al.*, 2001) kaardistati 385 inimesel, keda arvati psühhootilise häire suhtes kõrgeenenud riskigruppi kuuluvat, BAAS sümptomite esinemine; keskmiselt 9,6 (+/-5.1 aastat) aasta jooksul oli 49.4% BAAS sümptomite põhjal riskigruppi kuulunud inimestest haigestunud esmasse psühhootilisse episoodi. Antud allikate põhjal loodi 105 küsimusega ERIraos Intervjuu formaat teadustööde läbiviimiseks ja 50 küsimusega formaat praktilisemaks kasutamiseks, millest jäeti välja sümptomid, mis oli väiksema ennustusvõimega psühhootilise häire suhtes ja suuremate sümptomite vaheliste korrelatsioonidega (Maurer *et al.*, 2016). Samuti loodi 15-küsimuseline sõelküsimustik ERIraos Küsimustik leidmaks inimesi, kellel peaks kõrgeenenud riski psühhootilise häire tekkeks lähemalt kliinilise intervjuuga hindama.

Madala esinemissagedusega haiguste puhul, nagu skisofreenia, on varajaseks riskihindamiseks esimese valikuna kliinilise intervjuu kasutamine liialt ajamahukas, seega on üha enam kasutusel mitmeastmeline hindamissüsteem, mille käigus leitakse algselt sõeltestidega inimesed, kellel kahtlustatakse olema kõrgeenenud haigestumiskrisk, kellega viiakse siis läbi täpsem kliiniline

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

hinnang (Müller *et al.*, 2010). Mitmeastmelist hindamist kasutatakse ka ERIraos puhul: kõigepealt täidavad uuringusosalejad iseseisvalt sõelküsimumstiku ERIraos Küsimustik, mille raames antakse subjektiivseid hinnanguid erinevatele kõrgeenenud psühhoosiriskiga seonduvatele valdkondadele; seejärel viiakse läbi põhjalikum poolstruktureeritud kliiniline intervjuu ERIraos Intervjuu nende inimestega, kelle puhul subjektiivsete hinnangute põhjal esineb piisavalt palju kõrgeenenud risk psühhoootilise häire tekkeks (Bechdolf *et al.*, 2012; Rausch *et al.*, 2013).

Rausch *et al.* (2013) uuringus võrreldi ERIraos Intervjuu ja CAARMS mõõdiku võimekust identifitseerida kõrgeenenud psühhoosiriskiga inimesi. Uuringus osales kokku 312 inimest, ERIraos Küsimustiku põhjal sai 121 inimest positiivse tulemuse ja nendega viidi läbi nii ERIraos Intervjuu kui CAARMS pakett. ERIraos Intervjuu põhjal grupeeriti osalejatest 33 (27,3%) kõrgeenenud psühhoosiriskita gruppi ehk ERIraos Küsimustiku valepositiivsete gruppi, 24 (19,8%) varajasse prodromaalperioodi, 39 (32,2%) hilisesse prodromaalperioodi, 22 (18,2%) esmase psühhoosiepisoodi gruppi (FEP) ja 3 (2,5%) üldisesse riskigruppi (skisotüüpse isiksuse joonte või funktsioneerimise languse põhjal hinnatuna teiste mõõdikutega). CAARMS hindas ilma kõrgeenenud psühhoosiriskita gruppi 77 (63,6%) ERIraos Küsimustiku põhjal positiivse tulemuse saanud inimestest, varajasse prodromaalperioodi ei grupeerunud ühtegi inimest (kuna see mõõdik ei võimalda antud perioodi hinnata), hilisesse prodromaalperioodi kvalifitseerus selle põhjal 22 (18,2%) inimest, esmase psühhoosiepisoodi gruppi 18 (14,9%) ja 4 (3,3%) osalejat üldisesse riskigruppi (skisotüüpsuse ja funktsioneerimise põhjal). Kõik CAARMSi põhjal hilisesse prodromaalperioodi hinnatud patsiendid kvalifitseeriti sinna ka ERIraos Intervjuu poolt. Seega, ERIraos Intervjuu võimaldab hinnata riski haigestuda psühhoootilisse häiresse kõrgema sensitiivsusega kui CAARMS mõõdik, mis tuleneb suure tõenäosusega BAAS ning mittespetsiifiliste sümptomite kaasamisest riskihinnangusse (Maurer *et al.*, 2016).

Hurlemann *et al.* (2008) artiklis grupeeriti ERIraos Intervjuu põhjal 36 psühhoosi suhtes riskirühma kuuluvat inimest kahte gruppi: 20 (56%) kuulusid EPS gruppi ja 16 (44%) kuulusid LPS gruppi. Keskmise jälgimisaeg oli 18+/-3 kuud ja selle aja jooksul haigestus psühhoosi 3 (15%) EPS gruppi kuulunud inimest ja 5 (31%) LPS gruppi kuulunud inimest. Keskmiselt haigestub LPS riskigruppi kuuluvatest inimestest 2-3 aastase jälgimisaja jooksul psühhoootilisse häiresse 1/3, 1/3 ei haigestu, kuid jääb sümptomaatiliseks ja halvasti funktsioneerivaks ning 1/3 puhul sümptomid taanduvad ja üldine funktsioneerimine paraneb (Gee & Cannon, 2011). Maurer *et al.* (2016) uurisid ERIraos Küsimustiku võimet ennustada psühhoootilisse häiresse

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

haigestumist 221 osalejaga uuringus ja leidsid, et kui esines >1 sümptom sümptomivahemikust 1-5, haigestus 3 osalejat psühhootilisse häiresse (1,4%), kui vahemikust 6-10, siis 14,3% ja kui sümptomitest 11-15, siis 17,1% osalejatest. Psühhootilisse häiresse haigestumist ennustas väga hästi ka ERIraos Küsimustiku üldskoor, 1-10 punkti saanud osalejatest haigestus 12% ja 11-15 punkti saanutest 36% (Maurer *et al.*, 2016). Maurer *et al.* (2016) uurisid ka ERIraos Intervjuu võimet ennustada riski haigestuda psühhootilisse häiresse ja nad leidsid, et intervjuu üldskoori (0-200) ja psühhootilisse häiresse haigestumise vahel on lineaarne seos: 70-90 punkti saanud inimestest haigestub järgneva 1-2 aasta jooksul 30% ja >90 punkti saanutest 50%.

Inimestest, keda on spetsiifiliste mõõdikutega hinnatud ja on leitud, et neil esineb kõrgeenenud psühhosirisk, avaldub psühhootiline häire 2-2,5 aasta jooksul 16-32%-l (Cannon *et al.*, 2008) ja 9.6 aasta jooksul 70%-l juhtudest (Klosterkötter *et al.*, 2001). Keskmiselt avaldub ARMS kriteeriumile vastavatest inimestest 22%-l psühhootiline häire vastavalt DSM-IV või ICD-10 kriteeriumitele (Rausch *et al.*, 2013). Enamusel esmase psühhootilise häirega patsientidel on ilmnenud keskmiselt 5 aasta jooksul enne haigestumist psühhosotsiaalse funktsioneerimise langust (Schultze-Lutter *et al.*, 2015) ning enamikel (80-90%) skisofreeniahaigetel esineb haiguse prodromaalperioodil sümptomeid, nagu muutused tajus, uskumustes, mõtlemisprotsessides, meeleolus, kognitiivsetes funktsioonides, afektis ja käitumises (Addington, 2003).

Magistritöö raames püstitati järgmised hüpoteesid: (1) kahe erineva spetsialisti poolt, iseseisvalt hinnatud psühhootilise häire avaldumise riskitaset määratleva ERIraos Intervjuu üldskoorid on teineteisega tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt korreleeritud ning intervjuu käigus jälgitavate tunnuste üldskoorid on teineteisega tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt korreleeritud nii üldvalimi, täiskasvanute kui ka alaealiste puhul; (2) ERIraos Küsimustiku tulemused on tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt korreleeritud psühhootilise häire avaldumise riskitaset hindava ERIraos Intervjuu üldskooridega nii üldvalimil, täiskasvanute kui ka alaealiste valimil; (3) psühhopatoloogia esinemismäära hindava mõõdiku SAPS üldskoor on tugevalt, statistiliselt oluliselt ja positiivselt korreleeritud psühhootilise häire avaldumise riskitaset hindava ERIraos Intervjuu üldskooriga ning SANS mõõdiku üldskoor on tugevalt, statistiliselt oluliselt ja positiivselt korreleeritud intervjuu käigus jälgitavate tunnuste üldskooriga nii üldvalimil, kui ka täiskasvanute ja alaealiste valimil.

### 3. Meetod

#### 3.1. Valim

Uuring viidi läbi Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi psühhiaatriakliinikus, lisaks viidi kaheksa inimesega uuring läbi ka Põhja-Eesti Regionaalhaigla psühhiaatriakliinikus. Mõlemas uuringukeskuses olid uuritavateks vastava haigla psühhiaatrite ja psühholoogide poolt uuringusse suunatud inimesed, kellel esines suunaja hinnangul psühhhoosi prodromaalperioodile vastavaid sümptomeid. Lisaks vaimse tervise spetsialistide poolt suunatutele osalesid uuringus ka inimesed samast geograafilisest piirkonnast, esmavestlusel neil prodromaalsümptomeid ei esinenud; infot uuringu kohta jagati kuulutuse kaudu.

Uuringusse kaasamise kriteeriumid olid: (a) nõustumine uuringus osalemisega ja nõusoleku allkirjastamine isiku ja alaealistel ka tema eestkostja poolt; (b) mees- ja naissoost isikud vanuses 12-45 aastat; (c) psühhootilise häire diagnoosi puudumine anamneesis; (d) eesti keele valdamine, mis oli eelduseks enesekohase ERIraos Küsimustiku täitmisele ja ERIraos Intervjuu läbiviimisele. Uuringust välja arvamise kriteeriumid olid: (a) isikul esines oluline kognitiivse funktsiooni häire, mis takistas tal enesekohaste hinnangute andmist uuringus kasutatavate mõõdikute väidetele; (b) isikul oli diagnoositud eelnevalt orgaaniline psüühikahäire ja/või mahajäämus vaimses arengus.

Uuringu läbiviimine toimus Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee loa (241/M-31 ja 252/M-18) alusel. Kokku suunati uuringusse vaimse tervise spetsialistide poolt 105 isikut, neist kohale tuli 84 isikut (80.0%). Kohale mittetulnud suunatud isikutest 2 jäid somaatiliselt haigeiks ja 19 jätsid tulemata teadmata põhjustel. Lisaks värvati uuringusse 63 isikut kuulutuse põhjal, kellest tulid kohale 61 isikut (96.8%), 2 inimest ei tulnud kohale teadmata põhjustel. Kokku osales uuringus 140 täiskasvanut, kellest 79 osalejat suunati psühhiaatrite ja psühholoogide poolt (kohale tuli 64 isikut ehk 81.0%) ning 61 inimest kaasati kuulutuse põhjal (kohale tuli 59 isikut ehk 96.7%). Lisaks läbisid uuringu 28 alaealist, kellest 26 suunati seisundit täpsustavale intervjuule vaimse tervise spetsialistide poolt (kohale tuli 20 isikut ehk 76.9%) ja 2 leiti kuulutuse põhjal (mõlemad tulid kohale).

Kahe uuringus osaleja (1.4% uuritavatest) puhul täideti ERIraos Intervjuu vaid ühe intervjueri poolt, seega antud osaleja tuli 1. hüpoteesi käsitlevatest analüüsides välja jätta. Lisaks jättis uuringus osalejatest neli inimest (2.8% uuritavatest) ERIraos Küsimustiku täitmata, kes tuli 2. hüpoteesi käsitlevatest analüüsides välja arvata.

### 3.2.Mõõtevahendid

#### 3.2.1. ERIraos Küsimustik

ERIraos Küsimustik on loodud eesmärgiga, et leida inimesi, kel esineb riskiseisundile viitavaid tunnuseid ning kellega oleks vajalik edaspidiselt läbi viia ERIraos Intervjuu, mis uuriks juba detailsemalt inimese vaimset tervist, lähtuvalt psühhoosiriskist.

ERIraos Küsimustik koosneb 15-st kategoriseeritud sümptomi kirjeldusest, millele sai uuringus osaleja vastata jah/ei ehk kas mõni antud kirjelduste all toodud sümptomitest on tal esinenud viimase 12 kuu jooksul või mitte. Hinnangud ei kajastanud sümptomite esinemise sagedust, kestvust ega intensiivsust. Sümptomite kirjelduse valdkonnad jagunevad omakorda kolme kategooriasse: (1) valdkonnad 1-5 hõlmavad psühhoosi suhtes mittespetsiifilisi küsimusi, mis võivad ilmneda väga pika psühhoosieelse perioodi jooksul, kuid üksnes iseseisvatena esinedes ei näita otsest kõrgeenenud riski psühhoosi tekkeks; näiteks meeleolu alanemine ja unehäired, (2) valdkonnad 6-10 kajastavad haigustunnuseid, mis on käsitletavad unikaalsete kõrgeenenud psühhoosiriski indikaatoritena ja vastavad varajasele prodromaalperioodile; näiteks ülemäärane korduv mõtisklemine teatud asjade üle ja raskenenud suhtlemine teiste inimestega, (3) valdkonnad 11-15 sisaldavad hilise prodromaalperioodi või algava esmase psühhoosi indikaatoreid, mis võivad endas sisaldada BLIPSe ja APSe; näiteks tagakiusamislul ja hõivatus ebatavalistest ideedest. Iga valdkonna põhiselt esitatud sümptomite olemasolule sai uuritav anda oma hinnangu ning kui inimene vastas jaatavalt esitatud sümptomi kirjeldusele sai ta 1 punkti, maksimaalselt oli võimalik saada üldskoor 15. Kui mõnele ERIraos Küsimustiku väitele vastati isiku poolt jaatavalt, siis tuli anda ka täpsustav koondhinnang, kas viimase 12 kuu jooksul haigustunnuste tase: (1) on halvenenud, (2) pole muutunud või (3) on vähenenud. Lisaks täitsid inimesed lühikese demograafilise informatsiooni sektsiooni, mis sisaldas enesekohaseid küsimusi teadaolevate sünnitraumade, perekonnas esinevate psühhiaatriliste haiguste ning oma haridusliku ja tööalase toimivuse kohta (Rausch *et al.*, 2013). ERIraos Küsimustiku põhjal kaardistatud psühhopaatoloogia valdkonnad on välja toodud Lisas 1.

#### 3.2.2. ERIraos Intervjuu

ERIraos Intervjuu koosneb 50-st psühhopaatoloogilise sümptomi kaardistamisest, millest igaühele antakse spetsialisti poolt hinnang neljas kategoorias: (A) kas sümptom esineb käesolevalt, (B) kas sümptom on esinenud viimase 12 kuu jooksul, (C) kas sümptomi esinemises on viimase 12 kuu jooksul toimunud muutus halvemuse suunas ja (D) kas sümptomi esinemine põhjustab inimesele subjektiivselt stressi. Iga sümptomi puhul on võimalik A, B, C

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

ja/või D kategooriate kontekstis antud jah/ei hinnangu põhiselt koguda kuni 4 punkti ehk kogusummana kuni 4 jah- hinnangut, seega ERIraos Intervjuus on maksimaalne võimalik saadav üldskoor 200 (50x4) punkti. Vastava mõõdiku skoorimisleht on välja toodud Lisas 2, kust võib leida ka 50 sümptomi nimekirja. ERIraos Intervjuu põhiselt esineb kõrgeenenud risk psühhooosi tekkele siis, kui Intervjuu üldskoor on üle 30 punkti, esineb vähemalt 2 BAAS sümptomi või esineb mõni BLIPS/APS sümptom, olenemata üldskoorist (Maurer *et al.*, 2016). Lisaks üldisele riskiseisundi hinnangule võimaldab ERIraos Intervjuu eristada prodromaalperioodi varajast ja hilist staadiumi. Varajast prodromaalperioodi iseloomustab vähemalt kahe BAAS Sümptomi esinemine ja/või vähemalt üldskoorina 30 punkti saamine. Hilise prodromaalperioodi kriteeriumiteks on vähemalt ühe APS ja/või BLIPS sümptomi esinemine sõltumata intervjuu üldisest skoorist (Rausch *et al.*, 2013). Lisaks eeltoodud 50-le tunnusele hindavad intervjuerijad uuritava käitumist intervjuu situatsioonis. Antud vaatluse teel hinnatavad 25 tunnust on grupeeritud 5 suurema alateema alla: (a) afektiivne käitumine, (b) näoväljendused, hääled, silmside, liigutused, (c) keel ja kõne, (d) enese esitlemine ja (e) väline tagasiside ja reaalsusele orienteeritus (Lisa 2). Hinnanguid antakse 0-3 palli süsteemis (0 = sümptomit ei esine; 1 = sümptom esineb mõõdukalt või on märgatav ligikaudu 50% ajast; 3 = sümptom esineb tugevalt või on rohkem või vähem pidevalt märgatav). Antud hinnangud liidetakse kokku ja saadakse jälgitavate tunnuste üldskoor vahemikus 0-75. (Maurer *et al.*, 2016)

### 3.2.3. SAPS ja SANS

Lisaks hindas üks intervjuerija kahest intervjueritava positiivseid sümptomeid käsitleva SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*; Andreasen, 1984) skaala. Antud skaala on hiljutise uuringu (Fulford *et al.*, 2014) kohaselt sobilik vahend kasutamiseks ka prodromaalperioodis, kuna võimaldab hinnangut anda väga suurele hulgale erinevatele psühhootilise seisundi positiivsetele sümptomitele. SAPS skaala koosneb 34-st hinnangust, mis jaotuvad 4 alaskaala vahel: hallutsinatsioonid, luulumõtted, veider käitumine ja positiivsed mõttekäigu vormilised häired. 34-st küsimusest 4 on iga alaskaala kohta käivad üldised hinnangud. Iga sümptomit hinnatakse 6-palli süsteemis (0=puudub; 1=küsitav esinemine; 2=kerge esinemine; 3=mõõdukas esinemine; 4=märkimisväärne esinemine; 5=raskel kujul esinemine).

SAPS skaalal psühhopatoloogiat hinnanud intervjuerija täitis ka SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) skaala (Andreasen, 1989), mille raames hinnatakse vaatluse teel hinnatavaid tunnuseid. Antud mõõdik loodi psühhootilisele häirele omaste negatiivsete

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

sümptomite hindamiseks ning see võimaldab hinnata ka psühhoosi prodromaalperioodil ilmnevaid negatiivseid haigustunnuseid ja on võrreldes teiste psühhopatoloogiat arvesse võtvate mõõdikutega (nt BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*, Overall & Gorham, 1962; PANSS, *The Positive and Negative Syndrome Scale*, Kay & Fiszbein, 1987) tundlikum (Fulford *et al.*, 2014). SANS skaala koosneb 25 hinnangust (nendest 5 on alaskaalade kohta käivad üldhinnangud), mis grupeeruvad omakorda 5 alaskaala alla: afekti lamenumine või nüristumine, aloogia, tahteaktiivsuse alanemine ja apaatus, anhedoonia-asotsiaalsus ning tähelepanu. Iga küsimust hinnatakse 6-palli süsteemis (0=puudub; 1=küsitav esinemine; 2=kerge esinemine; 3=mõõdukas esinemine; 4=märkimisväärne esinemine; 5=raskel kujul esinemine).

### 3.3. Uurimuse käik

Antud magistritöös sisalduvad ka osaliselt eelnevalt seminaritöös (Jakobsoo *et al.*, 2015) avaldatud andmed, täpsemalt 49 täiskasvanu andmed. Magistritöö raames kaasati uuringusse ka alaealised vanusevahemikus 12-17 aastat. Kogu valimi mahtu suurendati 145 inimeseni ja andmeid koguti ka mitmes uuringukeskuses.

Enne uuringus osalemist lugesid osalejad ja alaealiste puhul ka nende eestkostjad läbi ning allkirjastasid nõusolekulehe, mis kirjeldas lühidalt uuringu sisu ja eesmärgi ning andis osalejatele teada, millistel eesmärkidel ja mil viisil saadud informatsiooni kasutatakse, soovi korral oli võimalik küsida uuringu kohta ka lisainformatsiooni. Uuringus osalemine oli vabatahtlik, osalejatel oli võimalus uuring igal ajahetkel katkestada, ilma et ta jääks ravi- või rehabilitatsiooniteenusteta, millele tal on õigus ja vajadus muul juhul.

Esmalt täitsid uuringus osalejad iseseisvalt ERIraos Küsimustiku ja seejärel viidi nendega läbi ERIraos Intervjuu kahe intervjuerija samaaegsel osavõtul. Enamasti esitas üks spetsialistidest isikule poolstruktureeritud intervjuu vormis küsimusi ning vajadusel said mõlemad esitada täpsustavaid lisaküsimusi. Kokku osales intervjuude läbiviimisel 10 spetsialisti. Intervjuu lõppedes hindasid mõlemad intervjuerijad iseseisvalt intervjuu käigus saadud informatsiooni ning andsid kõigi 50 küsimuse puhul hinnangu neljas kategoorias (A, B, C ja D) ja hindasid vaatluse teel jälgitavaid tunnuseid. Lisaks täitis üks intervjuerija SAPS ja SANS psühhopatoloogiaskaalad.

### 3.4. Statistiline analüüs

Uuringus saadud informatsioon sisestati EXCELi tabelisse ja korrastati seal ning andmed analüüsiti RStudio versioon 1.0.136 programmiga (R Core Team, 2013), ICC analüüside läbiviimiseks kasutati paketti „irr“ (Gamer, Lemon, Fellows, & Singh, 2015).

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

Kategoriaalsete muutujate korral leiti Spearmani korrelatsioonikordaja ja/või viidi läbi Friedmani test (Sawilowsky & Fahoome, 2014), pidevate muutujate puhul arvutati Pearsoni korrelatsioonikordaja erinevate mõõdikute võrdlemise korral või sooritati ICC test (Shrout & Fleiss, 1979) ühe mõõdiku hindajate-vahelise seose uurimiseks. Korrelatsiooni koefitsientide puhul loetakse nõrgaks seoseks tulemusi vahemikus 0.1-0.29, mõõdukaks seoseks tulemusi vahemikus 0.3-0.49 ja tugevaks seoseks tulemusi vahemikus 0.5-1.0 (Cohen, 1977). ICC (*intraclass correlation coefficient*) on laialt kasutatud statistilise analüüsi meetod uurimisvahendite reliaabluse mõõtmiseks (Ionan, Polley, McShane, & Dobbin, 2014). Antud uurimuses näitab ICC tulemus, milline on ERIraos Intervjuu hindajate-vaheline (*inter-rater*) hinnangute kokkulangevus. Antud magistritöös on kasutatud ICC alatüüpi ICC(1), kuna erinevate uuringus osalenud inimeste puhul viisid intervjuud läbi erinevad intervjuerijate paarid (2 inimest 10-st intervjuusid teostanud isikust). Nichols (1998) uurimuse põhjal võib öelda, et ICC(1) alatüübi korral pole võimalik eristada kindlast hindajast tulenevat muutlikkust ja hindajate paaride seotusest kindlate subjektidega tulenevat muutlikkust, seega sobib see antud uuringu ülesehitusega. ICC väärtused alla 0.40 osutavad nõrgale, väärtused vahemikus 0.40-0.75 keskmisele ja väärtused üle 0.75 suurepärasele intervjuerijate-vaheliste hinnangute kokkulangevusele (Fleiss, 1985). Kliiniliste uuringute kontekstis tähistab ICC väärtus enam kui 0.60 aktsepteeritavat erinevate hinnangute kokkulangevuse taset (Shoukri, Asyali, Donner, Faisal, & Hospital, 2004), kuigi on ka arvamusi, et usaldusväärsete kliiniliste otsuste vastuvõtmiseks on vaja ICC väärtuseid üle 0.90 (Portney & Watkins, 2009).

.



#### 4. Tulemused

Magistritöö eesmärgiks oli uurida, millised on eesti keelde adapteeritud ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku psühhomeetrilised omadused, ERIraos Intervjuu seos SAPS skaalaga ning intervjuu käigus jälgitavate tunnuste seos SANS skaalaga üldvalimi korral ning eraldi ka täiskasvanute ja alaealiste korral.

##### 4.1. Uuringus osalenud isikud

ERIraos Intervjuude tulemuste põhjal jagati kõik uuringus osalejad kolme gruppi: (1) kõrgeenenud psühhoosiriskita, (2) varajases prodromaalperioodis ja (3) hilises prodromaalperioodis olevad inimesed. Kõrgeenenud psühhoosiriskita gruppi kuulusid inimesed, kes said intervjuus alla 30 punkti ja ei saanud üle ühe BAAS sümptomi ning neil ei esinenud APS ja BLIPS sümptomeid. Varajasse prodromaalperioodi kuulusid inimesed, kes said intervjuu põhjal üle 30 punkti või neil esines vähemalt 2 BAAS sümptomit, kuid neil ei esinenud ühtegi APS või BLIPS sümptomit. Hilisesse prodromaalperioodi kuulusid inimesed, kel esines intervjuu põhjal vähemalt ühe APS või BLIPS sümptom, olenemata BAAS sümptomitest ja üldskoorist (Rausch *et al.*, 2013).

ERIraos Intervjuud viisid läbi kaks intervjuueerijat, kes sattusid juhuslikkuse alusel olema kas esimene intervjuueerija või teine intervjuueerija. Üldvalimist jagati esimese intervjuueerija ja teise intervjuueerija poolt samadesse gruppidesse 133 osalejat (91.7%), täiskasvanute valimist 113 (91.9%) osalejat ja alaealiste valimist 20 (90.9%) osalejat. ERIraos Intervjuu tulemuste põhjal toimunud jaotust gruppidesse on näha Tabelis 1.

Uuringus osales 145 inimest, kellest 67 olid meessoost ja 77 naissoost, 1 uuritava sugu oli jäänud märkimata. Eraldi vaadati ka soolist jaotust täiskasvanute ja alaealiste seas. Alaealistest oli 5 meessoost ja 17 naissoost, täiskasvanute korral olid vastavad arvud 62 ja 60. Uuringus osalejate keskmiseks vanuseks oli 21.7 (vahemikus 18-42) aastat, täiskasvanute grupil 22.7 (vahemikus 18-42) aastat ja alaealiste puhul 15.6 (vahemikus 14-17) aastat. Esimese intervjuueerija tulemuste põhjal moodustatud gruppide vanused on esitatud Tabelis 2.

Tabel 1. Kahe intervjuueerija tulemuste põhjal moodustatud sagedustabel

		ERIraos Intervjuu 2. intervjuueerija		
		Kõrgenenud psühhoosiriskita	Varajases prodromaalperioodis	Hilises prodromaalperioodis
		Täiskasvanud (N=65)	Täiskasvanud (N=20)	Täiskasvanud (N=36)
ERIraos Intervjuu 1. intervjuueerija	Kõrgenenud psühhoosi- riskita	64	2	0
	Varajases prodromaal- perioodis	0	16	3
	Hilises prodromaal- perioodis	1	2	33
		Alaealised (N=6)	Alaealised (N=4)	Alaealised (N=12)
	Kõrgenenud psühhoosi- riskita	5	0	0
	Varajases prodromaal- perioodis	0	4	1
	Hilises prodromaal- perioodis	1	0	11

Märkus: N – isikute arv.

Tabel 2. Esimese intervjuueerija tulemuste põhjal gruppidesse jagatud inimeste keskmised vanused, vanusevahemikud ja vanuste standardhälbed kõikide osalejate, täiskasvanute ja alaealiste korral

	Kõrgenenud psühhoosiriskita		Varajases prodromaalperioodis		Hilises prodromaalperioodis	
	M (vahemik)	SD	M (vahemik)	SD	M (vahemik)	SD
Kõik osalejad	22.7 (14-42)	4.24	21.4 (15-35)	5.29	20.3 (15-34)	4.14
Täiskasvanud	23.2 (18-42)	3.89	22.9 (18-35)	4.91	21.9 (18-34)	3.61
Alaealised	15.6 (14-17)	1.14	15.6 (15-17)	0.89	15.7 (15-17)	0.65

Märkus. M – keskmine vanus aastates; SD - standardhälve

#### 4.2. ERIraos Intervjuu hindajate-vaheline reliaablus

ERIraos Intervjuud viisid läbi kaks intervjuerijat, kelle tulemused kajastuvad vastavalt esimese ÜLDskoori all ja teise ÜLDskoori all. ERIraos Intervjuu käigus jälgitud sümptomite hinnangud on esitatud esimese intervjuerija puhul tunnuse JT1 ja teises intervjuerijal tunnuse JT2 all. Antud analüüsides tuli täiskasvanute grupist välja jätta kaks osalejat, kuna nende puhul oli ERIraos Intervjuu läbi viinud vaid üks intervjuerija.

ERIraos Intervjuu hindajate-vahelise reliaabluse uurimiseks on tehtud analüüs kolmes erinevas grupis. ERIraos Intervjuu hindajate-vahelise reliaabluse uurimise grupid olid: (1) analüüsi võeti kõik uuringus osalejad ( $N=143$ ), (2) analüüsi võeti vaid täiskasvanute gruppi kuuluvad inimesed ( $N=121$ ) ja (3) analüüsi võeti vaid alaealiste gruppi kuuluvad inimesed ( $N=22$ ).

Läbiviidud analüüsides tulemused näitavad, et esimene ÜLDskoor ja teine ÜLDskoor on omavahel tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt seotud nii üldvalimi puhul, kui ka täiskasvanute ja alaealiste korral eraldi (*Tabel 3.*). ICC väärtus üle 0.75 tähistab suurepärasest mõõdikupõhist hindajate-vahelise reliaabluse näitajat, mida kinnitab ka vastav statistilise olulisuse tõenäosus ( $p<0.001$ ). Esimese ja teise intervjuerija poolt vaatluse teel jälgitavatele haigustunnustele antud hinnangute koondskooride vahel ilmnes samuti tugev positiivne ja statistiliselt oluline seos ( $p<0.001$ ) üldvalimi ja täiskasvanute puhul ning mõõdukas positiivne ja statistiliselt oluline seos ( $p<0.05$ ) alaealiste korral.

BAAS, APS ja BLIPS sümptomite puhul loeti kokku, mitu vastavat sümptomit kummagi intervjuerija poolt hinnatuks osutus ning samade sümptomite esinemismäärade (skooride) vahel viidi läbi intervjuerijate-vahelised (näiteks esimese intervjuerija BAAS skoori ja teise intervjuerija BAAS skoori vahel) ICC analüüsid, nende tulemused on näha *Tabel 4.-s.* Enamike sümptomite võrdluste korral olid ICC väärtused üle 0.60, välja arvatud alaealiste valimil, kus APS koondskooride hindajate-vaheline reliaablus oli 0.50. Antud väärtused näitavad mõõdukat kuni suurt intervjuerijate-vahelist hinnangute kokkulangevust.

Analüüsidesse, mida on kasutatud järgnevate hüpoteeside testimiseks, on kaasatud üksnes ühe (esimese) intervjuerija hinnanguid, kuna intervjuerijate-vaheline reliaablus oli väga kõrge.

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

*Tabel 3. Hindajate-vahelised hinnangute kokkulangevuse koefitsiendid kogu valimi, täiskasvanute ja alaealiste puhul.*

Tingimus	N	Võrdlus	ICC	95% usaldus- piirid	Vabaduse- astmed	F-statistik
Kõik	143	1.ÜLDskoor - 2. ÜLDskoor	0.98	0.97-0.99	F(142.143)	106.00***
		JT1 – JT2	0.76	0.68-0.82	F(142.143)	7.17***
Täiskasvanud	121	1.ÜLDskoor - 2. ÜLDskoor	0.99	0.98-0.99	F(120.121)	129.00***
		JT1 - JT2	0.84	0.78-0.89	F(120.121)	11.70***
Alaealised	22	1.ÜLDskoor - 2. ÜLDskoor	0.96	0.92-0.99	F(21.22)	53.60***
		JT1 - JT2	0.41	0-0.71	F(21.22)	2.37*

Märkus: *N* – isikute arv; *ICC* – *Intraclass Correlation Coefficient (One-Way Random)*; 95% *usalduspiirid* – 95% tõenäosusega jääb ICC tulemus antud vahemikku; \* - seos on oluline nivool  $p<0.05$ ; \*\*\* - seos on oluline nivool  $p<0.001$ . *JT 1*– esimese intervjuerija poolt hinnatud jälgitavate tunnuste koondskoor; *JT2* – teise intervjuerija poolt hinnatud jälgitavate tunnuste koondskoor; *1.ÜLDskoor* – ERIsos Intervjuu esimese intervjuerija tulemuste põhjal moodustatud koondskoor; *2.ÜLDskoor* – ERIsos Intervjuu teise intervjuerija tulemuste põhjal moodustatud koondskoor.

*Tabel 4. Hindajate-vahelised sümptomite koondskooride kokkulangevuse koefitsiendid kogu valimi, täiskasvanute ja alaealiste puhul.*

Tingimus	N	Sümptomid	ICC	95% usalduspiirid	Vabaduseastmed	F-statistik
Kõik	143	BAAS	0.923	0.890-0.94	F(142.143)	25.10***
		APS	0.707	0.62-0.78	F(142.143)	5.84***
		BLIPS	0.801	0.73-0.85	F(142.143)	9.06***
Täiskasvanud	121	BAAS	0.962	0.95-0.97	F(120.121)	51.50***
		APS	0.911	0.88-0.94	F(120.121)	21.60***
		BLIPS	0.866	0.81-0.90	F(120.121)	13.90***
Alaealised	22	BAAS	0.788	0.56-0.91	F(21.22)	8.44***
		APS	0.495	0.11-0.75	F(21.22)	2.96**
		BLIPS	0.663	0.35-0.84	F(21.22)	4.93***

Märkus. *N* – isikute arv; *ICC* – *Intraclass Correlation Coefficient (One-Way Random)*; 95% *usalduspiirid* – 95% tõenäosusega jääb ICC tulemus antud vahemikku; \*\* - seos on oluline nivool  $p<0.01$ ; \*\*\* - seos on oluline nivool  $p<0.001$

#### 4.3. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku vaheline seos

Antud analüüsist arvati välja neli inimest ERIraos Küsimustiku puudumise tõttu, nendest kolm kuulusid täiskasvanute gruppi ja üks alaealiste gruppi. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku põhjal leitud skooride vahelisi seoseid hinnati kahel moel: (1) mõlema mõõdiku üldskooride vaheliste korrelatsioonide leidmise ja (2) mõõdikute põhjal moodustatud gruppide vaheliste seoste leidmisega.

Esiteks täitis 141 uuritavat ERIraos Küsimustiku ning enesehinnanguliste vastuste põhiselt arvutati üldskoor ( $M=4.86$ ,  $SD=4.45$ ) ja nad läbisid ka ERIraos Intervjuu, mille kohta leiti samuti üldskoor ( $M=29.28$ ,  $SD=30.74$ ). Üldvalimi puhul selgus tugev positiivne korrelatsioon,  $r=0.80$  ( $p<0.001$ ) ehk ERIraos Küsimustiku põhjal kõrgema üldskoori saanud inimesed said suurema tõenäosusega kõrgema üldskoori ka ERIraos Intervjuus. Täiskasvanute valimi ( $N=120$ ) korral oli ERIraos Küsimustiku ( $M=4.39$ ,  $SD=4.40$ ) ja ERIraos Intervjuu ( $M=25.62$ ,  $SD=28.57$ ) vaheline Pearsoni korrelatsioonikordaja  $r=0.80$  ( $p<0.001$ ) ning alaealiste valimi ( $N=21$ ) puhul oli ERIraos Küsimustiku ( $M=7.52$ ,  $SD=3.83$ ) ja ERIraos Intervjuu ( $M=50.14$ ,  $SD=34.97$ ) vaheline Pearsoni korrelatsioonikordaja  $r=0.74$  ( $p<0.001$ ).

Teiseks jaotati nii ERIraos Intervjuu kui ka ERIraos Küsimustiku tulemuste põhjal inimesed kolme gruppi eraldi täiskasvanute ja alaealiste valimite korral: psühhoosiriskita inimesed, varajases prodromaalperioodis olevad inimesed ja hilises prodromaalperioodis olevad inimesed. Vastavad kriteeriumid on meetodi osas välja toodud ja tulemused on esitatud *Tabelis 5*. Nii täiskasvanute kui alaealiste valimi korral ülehindasid uuringus osalejad pigem ERIraos Küsimustikus hinnangute andmisega endal esinevat psühhoosiriski, kuna ERIraos Intervjuu tulemuste põhjal intervjuerijad pigem alandasid inimestel esinevat psühhoosiriski kui tõstsid. Kõige ebastabiilsemaks osutus varajasse prodromaalperioodi kuuluvus, kuna enamik (täiskasvanutel 90%, alaealistel 67%) ERIraos Küsimustiku tulemuste põhjal antud perioodi kategoriseeritud inimestest hinnati kliinilises intervjuus ümber kõrgeenenud psühhoosiriskita gruppi (täiskasvanutel 65%-l, alaealistel 50%-l) või hilisesse prodromaalperioodi (täiskasvanutel 25%, alaealistel 17%) kuuluvaks. Ka sõelküsimustiku tulemuste põhjal hilisesse prodromaalperioodi kuulunud inimestest alandati mitmetel ERIraos Intervjuule tuginedes psühhoosiriski hinnangut (täiskasvanutel 45%-l, alaealistel 17%-l) ning nad kategoriseeriti ümber peamiselt varajasse prodromaalperioodi (täiskasvanutel 30%, alaealistel 8%), aga ka psühhoosiriskita gruppi (täiskasvanutel 15%, alaealistel 8%) kuuluvaks.

Läbiviidud analüüsides selgub, et ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku tulemuste põhjal moodustatud gruppide sageduste vahel puudub statistiliselt oluline erinevus nii üldvalimi ( $\chi^2(1)$

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

= 3.38,  $p > 0.05$ ), täiskasvanute ( $\chi^2(1) = 3.45$ ,  $p > 0.05$ ), kui ka alaealiste valimi korral ( $\chi^2(1) = 0.11$ ,  $p > 0.05$ ). Seoste tugevuse määramiseks viidi läbi Spearmani korrelatsiooni analüüs, korrelatsioonikordajad olid vastavalt 0.55, 0.54 ja 0.51 ( $p < 0.05$ ). Seega, ERIraos Intervjuu põhjal moodustatud gruppide ja ERIraos Küsimustiku põhjal moodustatud gruppide vahel on tugev, statistiliselt oluline samasuunaline seos.

*Tabel 5. ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustiku põhjal moodustatud sagedustabel täiskasvanud ja alaealiste valimi korral.*

		ERIraos Küsimustik		
		Kõrgenenud psühhoosiriskita	Varajases prodromaalperioodis	Hilises prodromaalperioodis
		Täiskasvanud (N=60)	Täiskasvanud (N=20)	Täiskasvanud (N=40)
ERIraos Intervjuu	Kõrgenenud psühhoosi- riskita	47	13	6
	Varajases prodromaal- perioodis	6	2	12
	Hilises prodromaal- perioodis	7	5	22
	Kõrgenenud psühhoosi- riskita	Alaealised (N=3)	Alaealised (N=6)	Alaealised (N=12)
	Varajases prodromaal- perioodis	2	2	1
	Hilises prodromaal- perioodis	1	1	10

Märkus: N – isikute arv.

#### 4.4. ERIraos Intervjuu üldskoori ja SAPS koondskoori ning vaatluse teel jälgitavate haigustunnuste üldskoori ja SANS koondskoori vahelised seosed

ERIraos Intervjuus osalenud inimeste ( $N=145$ ) puhul hinnati ka vaatluse teel hinnatavaid haigustunnuseid ning esinevate psühhootilisele häirele iseloomulike positiivsete ja negatiivsete sümptomite esinemismäära SAPS ja SANS mõõdikute abil. SANS ja SAPS mõõdikuid kaasavatest analüüsides tuli välja jätta 8 isikut (6 täiskasvanute valimist ja 2 alaealiste valimist) täitmata SANS ja SAPS testide pärast. ERIraos Intervjuude tulemusi käsitlevatest analüüsides tuli välja jätta 2 täiskasvanut, kuna nendega täitis intervjuud vaid üks intervjuueerija; antud kahel isikul olid SANS ja SAPS mõõdikud täidetud.

ERIraos Intervjuu koondskoor oli kõikides tingimustes tugevalt positiivselt statistiliselt oluliselt (vähemalt tasemel  $p<0.01$ ) seotud SAPS koondskooriga. Vaatluse teel jälgitavate haigustunnuste koondskoor oli üldvalimi ja täiskasvanute valimi korral tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt ( $p<0.001$ ) seotud SANS mõõdiku koondskooriga. Alaealiste valimi korral osutus jälgitavate haigustunnuste koondskoor tugevalt positiivselt statistiliselt oluliselt ( $p<0.01$ ) seotuks SANS mõõdikuga. Tulemused on Tabelis 6. esile toodud.

Tabel 6. Psühhopatoloogiat hindavate mõõdikute vahelised seosed eraldi kõikide osalejate, täiskasvanute ja alaealiste korral.

Tingimus	N	Võrdlus M1-M2	Mõõdik 1		Mõõdik 2		r
			M (SD)	Vahemik	M (SD)	Vahemik	
Kõik	135	ERIraos – SAPS	29.28(30.74)	0-132	4.56(9.34)	0-55	0.71***
	137	JT – SANS	3.62(5.76)	0-34	13.47(19.31)	0-84	0.76***
Täiskasvanud	115	ERIraos – SAPS	25.51(28.81)	0-118	3.51(7.50)	0-40	0.67***
	117	JT – SANS	3.06(5.19)	0-34	10.42(17.72)	0-81	0.76***
Alaealised	20	ERIraos – SAPS	52.55(34.04)	9-132	10.70(15.34)	0-55	0.79***
	20	JT – SANS	6.68(7.67)	0-25	31.30(18.99)	0-84	0.67**

Märkus.  $N$  – isikute arv; võrdlus M1-M2 – mõõdik 1- mõõdik 2 vaheline võrdlus;  $r$  – Pearsoni korrelatsioonikoefitsient;  $M$  – keskmine;  $SD$  – standardhälve; JT - esimese intervjuueerija poolt hinnatud jälgitavate tunnuste koondskoor; ERIraos – ERIraos Intervjuu esimese intervjuueerija tulemuste põhjal moodustatud koondskoor; SANS – SANS mõõdiku koondskoor; SAPS – SAPS mõõdiku koondskoor; \*\* - seos on oluline nivool  $p<0.01$ ; \*\*\* - seos on oluline nivool  $p<0.001$

## 5. Arutelu ja järeldused

Antud magistritöö, mis on osa suuremast teadusprojektist, eesmärgiks oli adapteerida psühhootilise häire prodromaalperioodi prospektiivset hindamist võimaldavad mõõdikud eesti keele- ja kultuuriruumi. Andmete analüüs tõendas, et hüpoteesid leidsid kinnitust – adapteeritavatel mõõdikutel on head psühhomeetrilised omadused.

Esiteks leidis kinnitust esimene hüpotees ja selgus, et esimese ja teise intervjuerija ERIraos Intervjuu üldskoorid, jälgitavate tunnuste üldskoorid ja sümptomite koondskoorid on omavahel tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt seotud üldvalimi ja täiskasvanute valimi korral ning mõõdukalt kuni tugevalt statistiliselt oluliselt seotud alaealiste valimi korral. Antud tulemused on kooskõlas eelneva uurimistööga (Maurer *et al.*, 2016), mille kohaselt on ERIraos Intervjuul väga hea hindajate-vaheline reliaablus (hinnangute kokkulangevus 88%, kapp koefitsient 0.75). Väga kõrged hindajate-vahelise reliaabluse näitajad ( $r > 0.8$ ) üldvalimi ja täiskasvanute valimi korral näitavad, et intervjuerijate hinnangud langevad omavahel statistiliselt olulisel määral kokku. Alaealiste valimi madalamad intervjuerijate hinnangute vahelised seosed võivad tuleneda sellest, et neil on riskiseisundil esinevat sümptomaatikat võrreldes täiskasvanutega raskem hinnata ja nende puhul esineb rohkem ebatüüpilisi sümptomeid. Lastel ja noorukitel esinevat psühhopatoloogiat käsitlevates uuringutes on ka varasemalt leitud võrreldes täiskasvanutega madalamaid ( $r = 0.42-0.63$ ) hindajate-vahelisi hinnangute kokkulangevusi (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Alaealiste korral võib võrreldes täiskasvanutega näiteks olla suurenenud psühhootilise häire suhtes mittespetsiifiliste sümptomite hulk (Lindgren, 2015) ja seetõttu võib olla raskendatud ka psühhooosi prodromaalperioodil esinevate sümptomite hindamine. Kokkuvõtvalt võib siiski öelda, et intervjuerijate hinnangud langevad omavahel suuresti kokku nii üldvalimi, täiskasvanute valimi kui ka alaealiste puhul ja on usaldusväärsed hindama kõrgeenenud psühhooosiriski esinemist.

Teiseks leidis kinnitust ka teine hüpotees, mille kohaselt on omavahel tugevalt positiivselt ja statistiliselt oluliselt seotud ERIraos Intervjuu üldskoor ja ERIraos Küsimustiku üldskoor ning samuti mõlema mõõdiku põhjal moodustatud grupid (kõrgeenenud psühhooosiriskita, varajases prodromaalperioodis ja hilises prodromaalperioodis) nii üldvalimi, täiskasvanute valimi, kui ka alaealiste valimi korral. Kõikide alavalimite korral olid mõõdikutevahelised üldskooride korrelatsioonid  $r > 0.7$  ( $p < 0.001$ ) ja nende tulemuste põhjal moodustatud riskigruppide vahel olid seosed  $r > 0.5$  ( $p < 0.05$ ). Kõrget ERIraos Küsimustiku ja ERIraos Intervjuu tulemuste



## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

vahelist seost on leitud ka eelnevalt. Maurer, Hörrmann, Trendler, Schmidt, & Häfner (2006) põhjal on mõõdikutevaheline hinnangute kokkulangevus 85.2% ja kappa koefitsient 0.63. Kahe mõõdiku omavaheline tugev seos on kinnitus mitmeastmelise hindamissüsteemi toimivusele (Bechdolf *et al.*, 2012; Rausch *et al.*, 2013) ja see näitab, et inimeste subjektiivne arvamus ja spetsialistide objektiivne hinnang vaimsele tervisele on omavahel tugevalt positiivselt statistiliselt oluliselt seotud. Samas on oluline ära märkida, et ainult subjektiivsest hinnangust ei piisa, vaid kindlasti on vaja läbi viia ka spetsialistide poolt läbi viidav ERIraos Intervjuu, millel on väga tugev hindajate-vaheline hinnangute kokkulangevus.

ERIraos Küsimustiku enesekohastest hinnangutest on näha, et nii täiskasvanute kui alaealiste valimite korral esines rohkem valepositiivseid kui valenegatiivseid tulemusi, täiskasvanutel vastavalt 15% vs 11% ning alaealistel 18% vs 14%. Rausch *et al.* (2013) leidsid koguni, et ERIraos Küsimustikust said hinnatuna ERIraos Intervjuuga valepositiivse tulemuse 27,3% osalejatest, valenegatiivsete tulemuste esinemist ei hinnatud. Uuringus osalejate endi poolt hinnatud kõrgenenud psühhoosiriski väljendavate sümptomite hulka satub paratamatult ka valepositiivseid hinnanguid (Van Nierop *et al.*, 2012), nende osakaal võib olla 7-61% (Kelleher, Harley, Murtagh, & Cannon, 2011; van Os, Hanssen, Bijl, & Vollebergh, 2001). Valepositiivsete psühhoosiriskide kogemuste esinemine ERIraos Küsimustiku tulemustes ei tähenda siiski, et nende põhjal puuduks risk vaimsele tervisele. Näiteks Bak *et al.* (2003) leidsid, et sõelküsimumustiku põhjal ilmnenud valepositiivsed hinnangud olid seotud tulevikus esinevate psühhoosiriskide kogemustega, kuigi tunduvalt nõrgemalt kui kliinilise intervjuu põhjal hinnatud kõrgenenud psühhoosiriskile iseloomulikud sümptomid. Bak *et al.* (2003) võrdlesid ka inimesi, kellel sõelküsimumustiku põhjal prodromaalsümptomeid ei esinenud ning neid, kellel sõelküsimumustiku põhjal esines prodromaalsümptomeid, kuid kliinilise intervjuu põhjal ei esinenud (valepositiivsed) ning leidsid, et teisel grupil esines esimesest grupist rohkem meeleoluhäireid, sõltuvushäireid, kanepitarbimist, neurotismi, afektiivset düsregulatsiooni ja sotsiaalset düsfunktsiooni (Van Nierop *et al.*, 2012). Seega, ERIraos Intervjuu läbiviimine on põhjendatud ka nende inimeste puhul, kellel ERIraos Küsimustiku põhjal ilmnes kõrgenenud psühhoosirisk, kuid intervjuu alusel mitte (valepositiivsed), kuna see võimaldab pöörata tähelepanu üldisemalt esinevatele vaimse tervise probleemidele.

Enesekohase ERIraos Küsimustiku väidetele vastamisel ülehindasid uuringus osalejad enamasti endal esinevat psühhoosiriski võrreldes ERIraos Intervjuu raames intervjuueerijate poolt antavate riskihinnangutega. Ka eelnevalt on leitud, et uuritavad ülehindavad enesekohastes küsimustikes APS sümptomite esinemist võrreldes kliinitsistide poolt

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

poolstruktureeritud intervjuudes antud hinnangutega (Fusar-Poli, Raballo, & Parnas, 2016). APS sümptomite ülehindamine omab aga suurt mõju ERIraos Küsimustiku tulemustele, kuna sellest sõltub suuresti, kas inimene saab kõrge või madala subjektiivse esialgse riskihinnangu psühhootilise häire tekkele. ERIraos Küsimustikust saadavast riskihinnangust võib aga sõltuda, kui kiireloomuline on temaga ERIraos Intervjuu läbiviimine, millest omakorda võib sõltuda võimalikult asjakohase abi pakkumine.

Enesekohase sümptomaatika ülehindamise põhjuseks võib olla inimeste vähene suutlikkus eristada kõrgeenenud psühhosiriskiga seonduvaid kliinilisi sümptomeid igapäevaelus esinevatest raskustest. Shatkin (2010) põhjal tuleks enesekohastes psühhootiliste sümptomite hinnangute validuses kahelda, kui: (1) enesekohaste hinnangute kõrval puuduvad objektiivsemad tõendid antud sümptomite esinemise kohta; (2) hinnangute kvalitatiivne olemus ei ole omane käsitletavale seisundile (nt kirjeldus on väga detailne või hinnangud viitavad fantaasiale või ettekujutlusele; see kehtib eriti alaealiste korral); (3) sümptomid esinevad vaid teatud spetsiifilistes olukordades (nt häälte kuulmine pärast tülitsemist kellegagi). Taolist kvalitatiivset analüüsi antud töös ei tehtud, kuid seda oleks võimalik tulevikus teha ERIraos Intervjuu käigus lisanduvate märkmete tegemisel ja nende edasisel analüüsil. Fusar-Poli *et al.* (2016) põhjal sõltub kõrgeenenud psühhosiriskiga seonduvate sümptomite valiidsus suuresti sellest, kas neid on hinnatud enesekohaselt või poolstruktureeritud kliiniliste intervjuudega, kusjuures kliinilistes hinnangutes tõstab valiidsust klinitsisti arusaam psühholoogiliselt olulistest seostest patsiendi selgitustes ning sellest tulenev oskus eristada igapäevaseid raskuseid kliinilist tähtsust omavatest sümptomitest. Fusar-Poli *et al.* (2016) artiklis leiti ka, et vastupidiselt kliinilistele intervjuudele, kus on võimalik patsientidele selgitada küsimuse sisu, ei tarvitse enesekohastes küsimustikes isik ilma lisaselgitusteta küsimusest/väitest aru saada ning võib seetõttu omistada selle sisu tavalistele igapäevastele asjaoludele. Esineda võib ka asjaolu, et patsiendi jaoks on esinev sümptomaatika muutunud juba nii igapäevaseks ja tavaliseks, et sõltumata sümptomi poolt tekitatavat stressist ei oska ta enam aru saada selle kliinilisest tähtsusest.

Antud töös oli alaealiste puhul ERIraos Küsimustiku ja ERIraos Intervjuu vaheline seos mõnevõrra nõrgem kui täiskasvanute korral. Selline tulemus on kooskõlas eelnevate uuringutega, mille kohaselt on alaealistel sõelküsimustiku ja kliinilise intervjuu vaheline seos nõrk kuni mõõdukas (Horwood *et al.*, 2008; Laurens *et al.*, 2007). Üheks põhjuseks võib olla, et alaealistel on võrreldes täiskasvanutega keerulisem ära tunda ja kirjeldada oma tundeid (Lin *et al.*, 2016). Antud raskus väljendub ennekõike just enesekohase ERIraos Küsimustiku ja mitte

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

niivõrd ERIraos Intervjuu tulemuses, kuna poolstruktureeritud intervjuu läbiviijatel oli võimalus sümptomaatika sisu alaealistele (aga ka täiskasvanutele) lähemalt lahti seletada. Ka ERIraos Küsimustikku on võimalik intervjuuna läbi viia, näiteks vaimse tervise spetsialisti või vanema kaasabil, kuid adapteerimisprotsessi on kaasatud vaid individuaalselt täidetud tulemused, mis on suurema tõenäosusega madalamate seoslikku näitajatega kui intervjuerimise teel kogutud andmed. Alaealistel on lisaks raskustele enesekohaste hinnangute andmisel keerulisem aru saada ka kliinilistes intervjuudes käsitlest leidvast sümptomaatikast, kuna neil ei tarvitse olla eelnevaid teadmisi psühhootilistest häiretest ning sellepärast võivad nad mõista valesti küsimuste sisu, samuti võivad nad antud sümptomaatikat ajada segi normaalselt esineva sisekõnega (Shatkin, 2010). Seega, alaealistega uuringu läbiviimisel võiks vähimagi ERIraos Küsimustiku tulemustele põhineva riskiseisundi kahtluse korral viia läbi ka ERIraos Intervjuu objektiivsema riskihinnangu andmiseks. Antud raskusi arvesse võttes võib alaealiste korral osutada oluliseks koguda lisaks tema enda poolt antavatele hinnangutele informatsiooni ka tema lähedastelt ning vaadelda tema käitumist tavaolukorras, näiteks kodus või koolis, kuna see võib tõsta riskihinnangu valideeritavust (Shatkin, 2010).

Kolmandaks leidis kinnitust ka kolmas hüpotees, mille kohaselt on ERIraos Intervjuu üldskoor tugevalt positiivselt ja statistiliselt olulisel määral SAPS mõõdiku üldskooriga ja intervjuu käigus jälgitavate tunnuste üldskoor tugevalt positiivselt ja statistiliselt olulisel määral seotud SANS mõõdiku üldskooriga nii üldvalimi, täiskasvanute kui ka alaealiste valimi korral. Psühhootilise häire prodromaalperioodi hindamiseks kasutatavate mõõdikute võrdlemine kõrgelt väärtustatud ja pikalt kasutusel olevate psühhopatoloogia hindamise mõõdikutega on oluline (Van Erp *et al.*, 2014), kuna see aitab hinnata mõõdiku valideeritavust. Antud tulemus on oluline, kuna see näitab, et erinevad ERIraos Intervjuu osad võimaldavad adekvaatselt hinnata mitmesugust sümptomaatikat, mis antud riskiseisundis esineda võib ning kliinilist tähtsust omab.

Magistritöö tugevuseks on esiteks see, et kliiniline intervjuu viidi läbi ka nendega inimestega, kel ERIraos Küsimustiku põhjal kõrgeenenud psühhosiriski ei esinenud, kuna see võimaldab hinnata sõelküsimustiku psühhomeetriselisi omadusi mitmekesiselt. Mitmetes teadusuuringutes (Rausch *et al.*, 2013) on viidud kliiniline intervjuu läbi aga vaid inimestega, kel esineb sõelküsimustiku põhjal kõrgeenenud risk psühhooosi tekkele. Teiseks, uuringu tugevuseks oli ka asjaolu, et hinnati nii BAAS, APS, kui ka BLIPS sümptomeid, mis võimaldab eristada varajast kui hilist prodromaalperioodi ning tõstab üldiselt sensitiivsust psühhosiriski hindamisel (Gee & Cannon, 2011). Kolmandaks, antud uuringusse on kaasatud nii alaealised kui täiskasvanud,

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

mis annab võimaluse sama mõõdikut kasutades hinnata longitudinaalselt psühhootilise häire suhtes riskiseisundi järk-järgulist arengut.

Magistritöö piiranguks on, et selle käigus ei hinnatud uuringus osalejatel komorbiidsete häirete esinemist. Osalejatega läbiviidud uuringud võtsid sõltuvalt seisundi raskusastmest aega 3-6 tundi, lisanduvate mõõdikute kaasamine uuringusse oleks võinud vähendada uuringu teises pooles läbiviidavate mõõdikute tulemuste tõepärasust ja ka üldist motivatsiooni uuringus osaleda. Kõrgenenud psühhosiriskiga isikutel võib esineda mitmeid erinevaid komorbiidseid haiguseid, näiteks depressiooni, ärevushäireid, sõltuvushäireid või isiksusehäireid (Addington *et al.*, 2011). Komorbiidsete häiretega inimeste väljajätmisel uurimusest väheneks võimalus üldistada tulemusi tervele abiotsivate inimeste valimile. Fusar-Poli *et al.* (2014) ütlevad, et komorbiidsuse praktiliseks käsitlemiseks oleks mõistlik diagnoosida kõige kõrgema tasandi olemasolev patoloogia – psühhootilise spektri häirete korral oleks seega eeldus, et nt ärevus või unehäired oleksid osa põhihäire kliinilisest väljendusest, mitte eraldiseisvad häired. Välistada ei saa aga, et uuringus osalevatel inimestel potentsiaalselt esinenud komorbiidsed häired omasid rolli mediaatorite või moderaatoritena läbiviidud analüüsides. Vahendavaid mõjusid on potentsiaalselt võimalik uurida korduvtestimisel, mida antud valdkonnas läbiviidavates teadusuuringutes tihtipeale tehakse psühhopatoloogia dünaamika hindamiseks (Addington *et al.*, 2012). Piiranguks on ka see, et uuringu ülesehitusest lähtuvalt polnud tasakaalustatud iga intervjueri poolt läbiviidud intervjuude arv, seega ei olnud võimalik uurida intervjuerijatest lähtuvat muutlikkust. Intervjuerijate tasakaalustamatuse probleemi lahendab mõneti ICC korrelatsiooni koefitsiendi alatüübi valik, mis on võrreldes teiste alatüüpidega tunduvalt konservatiivsem seose tugevuse hindamisel.

Antud magistritöö praktiliseks väärtuseks võib pidada asjaolu, et see võimaldab käesolevalt kaasata psühhootilise häire prodromaalperioodi käsitlevatesse uuringutesse ka eesti keelt kõnelevaid inimesi ning edaspidiselt hinnata kliinilises töös eesti keelt rääkivatel inimestel psühhosiriski. Psühhootilisele häirele eelneva prodromaalperioodi konstrukti täpsustamine on eelduseks uuringutele, mille käigus võiks leida kõige suurema mõjuteguriga sekkumisvahendid (nt medikamentoossed, psühhoterapeutilised, psühhosotsiaalsed jne) individuaalsema abi pakkumiseks. Samuti annab see töö kinnitust ERIs mõõdiku kaheastmelise kasutamise võimalikkusele – õigustatud on ERIs Küsimustiku kasutamine esmatasandil näiteks sotsiaaltöötajate, noorsoopolitseinike ja ka teiste meditsiinitöötajate poolt, millele siiski peaks järgnema vähimagi kahtluse korral, sealhulgas vaatamata Küsimustiku skoorile, põhjalikum ja objektiivsem kliinilise riskihinnangu andmine vastavate spetsialistide poolt.

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

Käesolevalt jätkub andmete kogumine nii alaealiste kui ka täiskasvanute valimisse, samuti on käimas ERIraos mõõdiku adapteerimine vene keeles kasutamiseks. Edaspidine uurimustöö antud teadusprojekti raames võiks viia läbi korduvtestimised kõrgenenud psühhosiriskiga inimestega psühhopatoloogia dünaamika hindamiseks ning samuti uurida mitme aasta möödudes, kuivõrd suur osa kõrgenenud riskirühma kategoriseeritud osalejatest haigestub psühhootilisse häiresse.

Antud magistr töö tulemused ühtivad eelneva teadustöö tulemustega (Rausch *et al.*, 2013) ja näitavad, et ERIraos mõõdik võimaldab kategoriseerida kõrgenenud psühhosiriskiga inimesi mitmesse ARMS staadiumisse, mis võib olla seotud erinevate psühhootilisse häiresse haigestumise sagedustega, kuid mida on vaja edaspidise teadustööga veel kinnitada. Kokkuvõtvalt on hüpoteesid leidnud kinnitust ning eesti keelde adapteeritud psühhootilisele häirele eelnevat prodromaalperioodi hindavad mõõdikud ERIraos Intervjuu ja ERIraos Küsimustik on väga heade valiidsuse ja reliaabluse näitajatega.

### Kirjanduse loetelu

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213–232. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- Addington, J. (2003). The prodromal stage of psychotic illness: Observation, detection or intervention? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 28(2), 93–97.
- Addington, J., Cadenhead, K. S., Cornblatt, B. A., Mathalon, D. H., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., ... Cannon, T. D. (2012). North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS 2): Overview and recruitment. *Schizophrenia Research*, 142(1–3), 77–82. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2012.09.012>
- Addington, J., Epstein, I., Liu, L., French, P., Boydell, K. M., & Zipursky, R. B. (2011). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for individuals at clinical high risk of psychosis. *Schizophrenia Research*, 125(1), 54–61. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.015>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>
- Amminger, G. P., Leicester, S., Yung, A. R., Phillips, L. J., Berger, G. E., Francey, S. M., ... McGorry, P. D. (2006). Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals. *Schizophrenia Research*, 84(1), 67–76. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.02.018>
- Andreasen, N. C. (1984). Scale for the assessment of positive symptoms. *Iowa City: University of Iowa, 1984*.
- Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations. *Br J Psychiatry Suppl*, 7, 49–58.
- Bak, M., Delespaul, P., Hanssen, M., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2003). How are “false” positive psychotic symptoms? *Schizophrenia Research*, 62(1–2), 187–189. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00336-5](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00336-5)
- Bartels-Velthuis, A. A., Jenner, J. A., Van De Willige, G., Van Os, J., & Wiersma, D. (2010). Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *British Journal of Psychiatry*, 196(1), 41–46. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065953>
- Bechdorf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., ... Klosterkötter, J. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 22–29. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066357>
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., ... Perkins, D. (2008). Prediction of Psychosis in Youth at High Clinical Risk: A Multisite Longitudinal Study in North America. *Arch Gen Psychiatry*, 65(1), 28–37.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences Revised Edition*. New York: ACADEMIC PRESS, INC.
- Fleiss, J. L. (1985). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: John Wiley & Sons.
- Fulford, D., Pearson, R., Stuart, B. K., Fisher, M., Mathalon, D. H., Vinogradov, S., & Loewy, R. L. (2014). Symptom assessment in early psychosis: The use of well-established rating scales in clinical high-risk and recent-onset populations. *Psychiatry Research*, 220(3), 1077–1083. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.047>
- Fusar-Poli, P., Bechdorf, A., Taylor, M. J., Bonoldi, I., Carpenter, W. T., Yung, A. R., & McGuire, P. (2013). At risk for schizophrenic or affective psychoses? A meta-analysis of DSM/ICD diagnostic outcomes in individuals at high clinical risk. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 923–932. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbs060>
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdorf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... Yung, A. (2013). The Psychosis High-Risk State. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107. <http://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>
- Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R., & McGuire, P. K. (2013). Outreach and support in South London (OASIS), 2001–2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, 28(5), 315–326. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.08.002>
- Fusar-Poli, P., Carpenter, W. T., Woods, S. W., & McGlashan, T. H. (2014). Attenuated psychosis syndrome: ready for DSM-5.1? *Annu Rev Clin Psychol*, 10(March), 155–192. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153645>
- Fusar-Poli, P., Raballo, A., & Parnas, J. (2016). What Is an Attenuated Psychotic Symptom? On the Importance of the Context. *Schizophrenia Bulletin*, sbw182. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbw182>
- Gamer, M., Lemon, J., Fellows, I., & Singh, P. (2015). irr: Various Coefficients of Interrater Reliability and Agreement. R package version 0.84.
- Gee, D. G., & Cannon, T. D. (2011). Prediction of conversion to psychosis: review and future directions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 129–142. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462011000600002>
- Hlastala, S. a., & McClellan, J. (2005). Phenomenology and Diagnostic Stability of Youths with Atypical Psychotic Symptoms. *Journal of Child and Adolesc Psychopharmacology*, 15(3), 497–509.
- Horwood, J., Salvi, G., Thomas, K., Duffy, L., Gunnell, D., Hollis, C., ... Harrison, G. (2008). IQ and non-clinical psychotic symptoms in 12-year-olds: Results from the ALSPAC birth cohort. *British Journal of Psychiatry*, 193(3), 185–191. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051904>
- Hurlemann, R., Jessen, F., Wagner, M., Frommann, I., Ruhrmann, S., Brockhaus, A., ... Maier, W. (2008). Interrelated neuropsychological and anatomical evidence of hippocampal pathology in the at-risk mental state. *Psychological Medicine*, 38(6), 843–851. <http://doi.org/10.1017/S0033291708003279>
- Häfner, H., & Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130–138. <http://doi.org/10.1055/s-2008-1038155>
- Häfner, H., Maurer, K., & An Der Heiden, W. (2013). ABC Schizophrenia study: An overview of results since 1996. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1021–1031. <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0700-4>
- Häfner, H., Maurer, K., Ruhrmann, S., Bechdorf, A., Klosterkötter, J., Wagner, M., ... Wölwer, W. (2004). Early detection and

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

- secondary prevention of psychosis: Facts and visions. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(2), 117–128. <http://doi.org/10.1007/s00406-004-0508-z>
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., ... van der Heiden, W. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6(3), 209–223. [http://doi.org/10.1016/0920-9964\(92\)90004-O](http://doi.org/10.1016/0920-9964(92)90004-O)
- Ionan, A. C., Polley, M.-Y. C., McShane, L. M., & Dobbin, K. K. (2014). Comparison of confidence interval methods for an intra-class correlation coefficient (ICC). *BMC Medical Research Methodology*, 14, 121. <http://doi.org/10.1186/1471-2288-14-121>
- Jakobsoo, S., Haring, L., & Täht, K. (2015). Psühhoosiriski hindavate mõõdikute adapteerimine eesti keelde pilootprojekt. Retrieved from <http://dspace.ut.ee/handle/10062/49073>
- Kay SR, Fiszbein A, O. L. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenia. *Schizophr Bull.*, 13(2), 261–276. <http://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kelleher, I., Harley, M., Murtagh, A., & Cannon, M. (2011). Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 362–369. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbp057>
- Kelleher, I., Murtagh, A., Molloy, C., Roddy, S., Clarke, M. C., Harley, M., & Cannon, M. (2012). Identification and characterization of prodromal risk syndromes in young adolescents in the community: A population-based clinical interview study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 239–246. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr164>
- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–64. <http://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- King, S., Laplante, D., & Joobar, R. (2005). Understanding putative risk factors for schizophrenia: Retrospective and prospective studies. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 342–348.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., & Schulze-Lutter, F. (2001). Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 158–164.
- Kotler, J. S., & McMahon, R. J. (2005). Child psychopathy: Theories, measurement, and relations with the development and persistence of conduct problems. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8(4), 291–325. <http://doi.org/10.1007/s10567-005-8810-5>
- Larson, M. K., Walker, E. F., & Compton, M. T. (2010). Schizophrenia and Related Psychotic Disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(8), 1347–1359. <http://doi.org/10.1586/ern.10.93.Early>
- Laurens, K. R., Hodgins, S., Maughan, B., Murray, R. M., Rutter, M. L., & Taylor, E. A. (2007). Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9–12 years. *Schizophrenia Research*, 90(1–3), 130–146. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.11.006>
- Lin, A., Wardenaar, K. J., Pontillo, M., De Crescenzo, F., Mazzone, L., Vicari, S., ... Armando, M. (2016). Is it still correct to differentiate between early and very early onset psychosis? *Schizophrenia Research*, 170(1), 211–216. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2015.11.020>
- Lindgren, M. (2015). *Psychotic-like symptoms and psychosis prediction in a general adolescent psychiatric sample*. Academic dissertation. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed13&NEWS=N&AN=71839781>
- Martinez, T. D., Blanqué, J. M., Codina, J., & Montoro, M. (2011). Rationale and state of the art in early detection and intervention in psychosis. *Salud Mental*, 34, 341–350.
- Maurer, K., F.Hörmann, Trendler, G., Schmidt, M., & Häfner, H. (2006). Früherkennung des Psychoserisikos mit dem Early Recognition Inventory (ERIraos). *Nervenheilkunde*, 1–2, 11–15.
- Maurer, K., Zink, M., Rausch, F., & Häfner, H. (2016). The early recognition inventory ERIraos assesses the entire spectrum of symptoms through the course of an at-risk mental state. *Early Intervention in Psychiatry*, (June 2010). <http://doi.org/10.1111/eip.12305>
- McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., ... Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 59(10), 921–928. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.59.10.921>
- Miller, T. J., Mcqlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., Mcfarlane, W., ... Woods, S. W. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703–715. <http://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007040>
- Murray, R. M., Jones, P. B., Susser, E., Os, J. Van, & Cannon, M. (2002). *The Epidemiology of Schizophrenia*. (R. M. Murray, P. B. Jones, E. Susser, J. V. Os, & M. Cannon, Eds.). Cambridge University Press.
- Müller, M., Vetter, S., Buchli-Kammermann, J., Stieglitz, R. D., Stettbacher, A., & Riecher-Rössler, A. (2010). The Self-screen-Prodrome as a short screening tool for pre-psychotic states. *Schizophrenia Research*, 123(2–3), 217–224. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2010.08.018>
- Nichols, D. P. (1998). Choosing an intraclass correlation coefficient. *SPSS Keywords*, 67.
- Olsen, K. A., & Rosenbaum, B. (2006). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: Assessment instruments. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(4), 273–282. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00698.x>
- Overall, J. E., & Gorham, D. D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799–812.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of Clinical Research*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- R Core Team. (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. Retrieved from <http://www.r-project.org/>
- Rausch, F., Eifler, S., Esser, A., Esslinger, C., Schirmbeck, F., Meyer-Lindenberg, A., & Zink, M. (2013). The Early

- Recognition Inventory ERIraos detects at risk mental states of psychosis with high sensitivity. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1068–1076. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.04.016>
- Riecher-Rössler, A., Aston, J., Ventura, J., Merlo, M., Borgwardt, S., Gschwandtner, U., & Stieglitz, R. D. (2008). Das Basel Screening Instrument für Psychosen (BSIP): Entwicklung, aufbau, reliabilität und validität. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 76(4), 207–216. <http://doi.org/10.1055/s-2008-1038155>
- Rietdijk, J., Fokkema, M., Stahl, D., Valmaggia, L., Ising, H. K., Dragt, S., ... Van Der Gaag, M. (2014). The distribution of self-reported psychotic-like experiences in non-psychotic help-seeking mental health patients in the general population; A factor mixture analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(3), 349–358. <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0772-1>
- Ruhrmann, S., Bechdorf, A., Kühn, K. U., Wagner, M., Schultze-Lutter, F., Janssen, B., ... Klosterkötter, J. (2007). Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 191(51), 88–95. <http://doi.org/10.1192/bjp.191.51.s88>
- Salokangas, R. K. R., Ruhrmann, S., von Reventlow, H. G., Heinimaa, M., Svriskis, T., From, T., ... Klosterkötter, J. (2012). Axis I diagnoses and transition to psychosis in clinical high-risk patients EPOS project: Prospective follow-up of 245 clinical high-risk outpatients in four countries. *Schizophrenia Research*, 138(2–3), 192–197. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.008>
- Sawilowsky, S., & Fahome, G. (2014). Friedman's Test. Wiley StatsRef: Statistics Reference Online., 1–4. <http://doi.org/10.1002/9781118445112.stat06549>
- Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2012). Early detection and intervention of psychosis in children and adolescents: urgent need for studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(5), 239–41. <http://doi.org/10.1007/s00787-012-0271-z>
- Schimmelmann, B. G., Walger, P., & Schultze-Lutter, F. (2013). The significance of at-risk symptoms for psychosis in children and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(1), 32–40. <http://doi.org/10.1093/cid/cit520.3>
- Schultze-Lutter, F., Rahman, J., Ruhrmann, S., Michel, C., Schimmelmann, B. G., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2015). Duration of unspecific prodromal and clinical high risk states, and early help-seeking in first-admission psychosis patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1831–1841. <http://doi.org/10.1007/s00127-015-1093-3>
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Fusar-Poli, P., Bechdorf, A., & Schimmelmann, B. G. (2012). Basic Symptoms and Uhr Criteria in the Prediction of First-Episode Psychosis. *Current Pharmacological Design*, 18, 351–357. [http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(08\)70473-0](http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(08)70473-0)
- Shatkin, J. P. (2010). Pediatric psychosis. Retrieved from [https://www.aacap.org/App\\_Themes/AACAP/docs/resources\\_for\\_primary\\_care/cap\\_resources\\_for\\_medical\\_student\\_educators/Pediatric\\_Psychosis.ppt](https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/resources_for_primary_care/cap_resources_for_medical_student_educators/Pediatric_Psychosis.ppt)
- Shoukri, M. M., Asyali, M. H., Donner, A., Faisal, K., & Hospital, S. (2004). Sample size requirements for the design of reliability study: review and new results. *Statistical Methods in Medical Research*, 13(4), 251–271. <http://doi.org/10.1191/0962280204sm365ra>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420–428. <http://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Van Erp, T. G. M., Preda, A., Nguyen, D., Faziola, L., Turner, J., Bustillo, J., ... Potkin, S. G. (2014). Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophrenia Research*, 152(1), 289–294. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2013.11.013>
- Van Nierop, M., Van Os, J., Gunther, N., Myin-Germeys, I., De Graaf, R., Ten Have, M., ... Van Winkel, R. (2012). Phenotypically continuous with clinical psychosis, discontinuous in need for care: Evidence for an extended psychosis phenotype. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 231–238. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr129>
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 58(7), 663. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.58.7.663>
- Wigman, J. T. W., Van Nierop, M., Vollebergh, W. A. M., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H. U., & Van Os, J. (2012). Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity - Implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 247–257. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbr196>
- Vollmer-larsen, A., Handest, P., & Parnas, J. (2007). Reliability of Measuring Anomalous Experience: The Bonn Scale for the. *Psychopathology*, 40, 345–348. <http://doi.org/10.1159/000106311>
- Yung, A. R., & McGorry, A. D. (1996). The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353–370. <http://doi.org/10.1093/schbul/22.2.353>
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67(2–3), 131–142. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00192-0](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00192-0)
- Yung, A. R., Yuen, H. P., Phillips, L. J., Francey, S., & McGorry, P. D. (2005). Mapping the onset of psychosis: The comprehensive assessment of at risk mental states (CAARMS). *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964–971. [http://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)80090-7](http://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)80090-7)



**Tänuavaldused**

Täna südamest oma juhendajaid Liina Haringut, Karin Tähte ja Martin Kolnest pühendatud aja ja suunamise eest. Samuti tänan Kärolin Kajalaidu, Roman Balõtševi, Kirti-Ly Jaansonit ja paljusid teisi TÜ Kliinikumi Psühhiaatriakliiniku ja Põhja-Eesti Regionaalhaigla töötajaid väga vajaliku abi eest uuringualuste leidmisel ja uuringu läbiviimisel. Hindan kõrgelt ka kõikide uuringus osalejate panust magistritöö valmimisel.

**ERIRAOS KÜSIMUSTIK***Teie nimi:....., täitmise kuupäev: .....*

Järgnevalt esitatud 15 küsimusele vastamise eesmärgiks on avastada varakult psühhootilisi häireid. Palun tähistage linnukesega ☒ küsimustiku paremas ääres olevad ruudud, kui olete märganud, et mõni kirjeldatud asjaoludest või haigustunnustest on Teil esinenud viimase 12 kuu jooksul. Lehekülg lõpeb üldise küsimusega, mis on seotud haigustunnuste esinemise kuluga viimase aasta jooksul.

1. Kas olete täheldanud, et olete hakanud hoidma omaette või muutunud vähem jutukaks? Kas olete hakanud eemale tõmbuma oma sõpruskonnast?	<input type="checkbox"/>
2. Kas Teie meeleolu on nädalate vältel olnud pigem alanenud ning olete olnud kurb, masendunud, lootusetu? Kas olete sageli nutnud või on esinenud märgatav pisarate käepärasus?	<input type="checkbox"/>
3. Kas Teil on esinenud unehäireid (raskusi magamajäämisel; öö jooksul korduvaid ärkamisi; hommikust liigvarajast ärkamist)? Või on Teil vähenenud söögiisu või seksuaalhuvi?	<input type="checkbox"/>
4. Kas olete tundnud, et Teie mõtlemine, rääkimine või liigutuste sooritamine on muutunud oluliselt aeglasemaks? Kas Teie tundeelu ja empaatiavõime on teiste suhtes muutunud?	<input type="checkbox"/>
5. Kas olete täheldanud, et järjepidevus, motiveeritus või toimetuste kvaliteet: tööl, koolis, haridusteel või tööotsingutel on märkimisväärselt halvenenud? Kas on ilmnenud oluline saavutuste hulga vähenemine?	<input type="checkbox"/>
6. Kas on juhtunud, et korduvalt mõtisklete kindlate asjade üle (vägivaldse või seksuaalse sisuga mõtted või mõtted enese keha muutustest)?	<input type="checkbox"/>
7. Kas olete märganud, et teiste inimestega suhtluskontakti saamine ja selle säilitamine on muutunud Teie jaoks võrreldes varasema ajaga raskeks? Näiteks: Kas olete tundnud ennast teistega suheldes ebakindlalt, rohkem pinges või olnud vähem eneseteadlik, kuigi Teile on jätkuvalt meeldinud teistega suhelda?	<input type="checkbox"/>
8. Kas Teil on esinenud huvisid või käitumisviise, mida teised inimesed on pidanud imelikuks (näiteks: väärtusetute asjade kogumine, mida Te oleks varasemalt ära visanud või ülemäärane toidu varumine või avalikus kohas enesega rääkimine)?	<input type="checkbox"/>
9. Kas Teil on (võrreldes varasema ajaga) tekkinud sagedamini mulje, et teised inimesed võivad Teid ära kasutada või petta?	<input type="checkbox"/>
10. Kas olete tihti end tundnud närvilisena? Kas olete sagedasti tundnud pinget või rahutust? Kas see on toonud kaasa vaidluseid teistega isegi väikeste asjade pärast, mis normaalselt Teid ei häiriks? Kas olete olnud aktiivsem või toimekam kui tavaliselt? Võib-olla nii aktiivne, et teised on mõelnud, et Teil on midagi viga?	<input type="checkbox"/>
11. Kas Teile tuttav ümbruskond on aeg-ajalt või mõnel hetkel tundunud olevat muutunud, ebareaalne või kummaline? Või on Teil kunagi olnud tunne, et Te pole Teie ise või Te olete tundunud iseendale ebareaalne või kummaline, näiteks kui vaatasite ennast peeglist?	<input type="checkbox"/>
12. Kas Te olete olnud hõivatud ebatavaliste, saladuslike või üleloomulike asjade või ideedega (näiteks religioossed või esoteerilised teemad)?	<input type="checkbox"/>
13. Kas Teil on äkitselt tekkinud pealetükkivaid mõtteid, mis segavad Teie algseid mõtteid (näiteks: vahel võetakse mõtteid Teie peast ära; teised suudavad Teie mõtteid lugeda; Teie mõtteid edastatakse mingil moel teistele; teised on teadlikud, millest Te parasjagu mõtlete, Teie pähe sisestatakse võõraid mõtteid)?	<input type="checkbox"/>
14. Kas Te olete kogenud, et Teie ümbruses olevad inimesed või asjad tunduvad olevat muutunud? Kas Te olete vahel näinud, kuulnud, haistnud või maitsnud asju, mida teised inimesed pole suutnud kogeda? Samas, Te ei suutnud neid kogemusi selgitada loomulike põhjendustega?	<input type="checkbox"/>
15. Kas olete vahel tundnud, et Teid jälgitakse, kiusatakse taga või ähvardatakse kellegi poolt? Kas Teil on esinenud tunnet, et keegi püüab Teid mingil moel kahjustada, mürgitada või tappa või keegi jälitab Teid?	<input type="checkbox"/>

**ERiraos Intervjuu skoorimisleht (täiendatud versioon)**

Kuupäev:

Sissejuhatav küsimus: Mille tõttu Te olete pöördunud vastuvõtule?

	Sümptom	Tüüp	A	B	C	D	Summa
1.	Mured, eriti vaimse funktsioneerimisega seoses	--					
2.	Pinge, rahutus, närvilisus, ärritumine	--					
3.	Hüperaktiivsus	--					
4.	Sotsiaalne tagasitõmbumine	--					
5.	Energia vähenemine, aeglus (igapäeva tegevustega toimetulekul)	--					
6.	Toimetulek tööga, huvi töötamise vastu, eesmärgitus/eesmärkide kadumine	--					
7.	Huvi seksuaalsete ja emotsionaalsete suhete vastu	--					
8.	Depressiivne meeleolu, huvide ja elurõõmu kaotus	--					
9.	Raskused magamajäämisega, unetus (ööine ärkamine)	--					
10.	Varahommikune ärkamine	--					
11.	Suurenenud isu	--					
12.	Isu vähenemine	--					
13.	Suurenenud seksuaalne huvi	--					
14.	Vähenenud seksuaalne huvi	--					
15.	Afekti lamenumine	--					
16.	Kohatu afekt	--					
17.	Vähenenud võimekus sotsiaalsete kontaktide hoidmiseks ja algatamiseks	--					
18.	Katatoonsed sümptomid (hüpokineesia või akineesia)	BLIPS [ ]					
19.	Katatoonilised sümptomid (hüperkineesia)	BLIPS [ ]					
20.	Veider käitumine	--					

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

21.	Sotsiaalfobia	--					
22.	Korduv mõtisklemine (ilma sisemise vastupanuta)	--					
23.	Minevikusündmustega seotud mõtete püsiv kordumine	Baasiline sümptom					
24.	Retseptiivse kõne häired	Baasiline sümptom					
25.	Mõtete interferents	Baasiline sümptom					
26.	Mõttekäigu kiirenemine	Baasiline sümptom					
27.	Mõtete blokeerumine	Baasiline sümptom					
28.	Mõtete tagasivõtmine, mõtete lugemine ja mõtete lisamine	BLIPS [ ]					
29.	Valjuhäälsed mõtted ja mõtete edastamine	BLIPS [ ]					
30.	Vähenenud võimekus eristada ideid, tajusid, fantaasiaid ja tõelisi mälestusi	Baasiline sümptom					
31.	Derealisatsioon, depersonalisatsioon	Baasiline sümptom					
32.	Hõivatus müstilistest mõtetest/ebatavalise sisuga mõtted	APS					
33.	Ülekaalukad ideed	--					
34.	Kahtlustamine/mitte usaldamine	APS					
35.	(Ebastabiilsed) tähenduslikud ideed, subjekti-kesksus <sup>1</sup> , tähenduslikud ideed <sup>2</sup>	Baasiline sümptom <sup>1</sup> BLIPS <sup>2</sup>					
36.	Tähendusluulumõtted	BLIPS [ ]					
37.	Luululine tajus, luululine väärtõlgendus	BLIPS [ ]					
38.	Luulumõtted kontrollist	BLIPS [ ]					
39.	Suurusluul	BLIPS [ ]					
40.	Tagakiusamise luulumõte	BLIPS [ ]					
41.	Armukadeduse, süü, religiooni ja nihilistlikud luulumõtted	BLIPS [ ]					
42.	Hüpohondriline luulumõte	BLIPS [ ]					
43.	Ebanormaalne tajus	APS					
44.	Nägemistaju häired	Baasiline sümptom					

## PSÜHHOOSIRISKI HINDAVAD MÕÕDIKUD

45.	Visuaalsed hallutsinatsioonid (ilma kindla vormita, kindla vormiga)	BLIPS [ ]					
46.	Akustilise taju häired	Baasiline sümptom					
47.	Kuulmishallutsinatsioonid (müra, hääled)	BLIPS [ ]					
48.	Haistmis-, maitsemis-, tundlikkuse-, kehalised- ja taktilised tajud; häiritud kehataju	Baasiline sümptom					
49.	Kehalised illusioonid	APS					
50.	Haistmis-, maitsemis-, tundlikkuse-, kehalised- ja taktilised hallutsinatsioonid	BLIPS [ ]					

**A** = Sümptomi esinemine käesolevalt (1= 'jah'; 0 = 'ei')

**B** = Sümptom on ilmnenud viimase 12 kuu jooksul (1= 'jah'; 0 = 'ei')

**C** = Sümptomi võimendumine viimase 12 kuu jooksul (1= 'jah'; 0 = 'ei')

**D** = Sümptom põhjustab käesolevalt stressi (1= 'jah'; 0 = 'ei')

**Jälgitavad tunnused:** (neid hinnatakse lisaks eeltoodud 50.-le sümptomile ning neid ei liideta koguskoorile)

**1. Afektiivne käitumine:** Vaatlusel märgatav ärevus\_\_ ; Vaatlusel märgatav depressiivsus\_\_ ; Hüpomania\_\_ ; Agressiivne ärrituvus\_\_ ; Puudulik impulsikontroll\_\_ ; Lamenenud afekt\_\_ ; Afektiivse retsprooksuse puudumine\_\_

**2. Näoväljendused, hääled, silmside, liigutused:** Vähenenud näoväljendused\_\_ ; Kohatu näoilme\_\_ ; Ebanormaalselt monotoonne, väljendusvaba ja lame hääled\_\_ ; Silmsideme vältimine\_\_ ;

Tavatult pärsitud kehakeel\_\_ ; Motoorne pidurdatus\_\_

**3. Keel ja kõne:** Seosetus\_\_ ; Neologismid ja idiosünkraasiad\_\_ ; Mitte-kommunikatiivne kõne\_\_ ; Piiratud verbaalne väljenduslikkus\_\_ ; Tavatult laialivalguv ja üksikasjalik kõne\_\_ ; Perseveratsioon\_\_

**4. Enese esitlemine:** Enese hooletusse jätmine\_\_ ; Veider välimus\_\_ ; Desorganiseerunud käitumine\_\_

**5. Väline tagasiside ja reaalsusele orienteeritus:** Haigusteadvuse puudumine\_\_ ; Liigne enesesse süvenemine\_\_ ; Desorienteeritus\_\_

**Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, Siim Jakobsoo,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Psühhoosiriski hindavate mõõdikute adapteerimine eesti keelde“, mille juhendajad on Liina Haring, Karin Täht ja Martin Kolnes,
  - 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
  - 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, **29.05.2017**